

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ARIANNE STASZKO TORTATO CONTIN

**RETRATO ATUALIZADO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO  
MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ – PR**

MATINHOS  
2017

ARIANNE STASZKO TORTATO CONTIN

**RETRATO ATUALIZADO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO  
MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ – PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – PPGDTS da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral como requisito parcial à obtenção do título de Mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável – Linha de Pesquisa: Redes Sociais e Políticas Públicas.

Orientadora: Marisete Teresinha Hoffmann-Horochovski

MATINHOS  
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte  
Biblioteca da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral

362.2

C762r

Contin, Arianne Staszko Tortato

Retrato atualizado da política pública de saúde mental no município de Paranaguá - PR / Arianne Staszko Tortato Contin ; orientadora: Marisete Teresinha Hoffmann-Horochovski. – Matinhos, 2017.

169 f.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável) – Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, Matinhos - PR, 2017.

1. Saúde mental – Políticas públicas. 2. Saúde mental – Paranaguá. 3. Atenção primária à saúde. I. Hoffmann-Horochovski, Marisete Teresinha. II. Universidade Federal do Paraná. Setor Litoral. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável. III. Título.

CDD – 362.2



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor LITORAL  
Programa de Pós-Graduação DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL

ATA Nº28

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE EM DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL**

No dia dezenove de Junho de dois mil e dezessete às 14:00 horas, na sala 31A, UFPR - Setor Litoral, foram instalados os trabalhos de arguição da mestranda **ARIANNE STASZKO TORTATO CONTIN** para a Defesa Pública de sua dissertação intitulada **Retrato atualizado da Política Pública de Saúde Mental no Município De Paranaguá - Pr.** A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI (UFPR), NADIA TEREZINHA COVOLAN (UFPR), LUCIANA VIEIRA CASTILHO WEINERT (UFPR). Dando início à sessão, a presidência passou a palavra a discente, para que a mesma expusesse seu trabalho aos presentes. Em seguida, a presidência passou a palavra a cada um dos Examinadores, para suas respectivas arguições. A aluna respondeu a cada um dos arguidores. A presidência retomou a palavra para suas considerações finais. A Banca Examinadora, então, reuniu-se e, após a discussão de suas avaliações, decidiu-se pela APROVAÇÃO da aluna. A mestranda foi convidada a ingressar novamente na sala, bem como os demais assistentes, após o que a presidência fez a leitura do Parecer da Banca Examinadora. A aprovação no rito de defesa deverá ser homologada pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais do programa. A outorga do título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

MATINHOS, 19 de Junho de 2017.

MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

NADIA TEREZINHA COVOLAN  
Avaliador Externo (UFPR)

LUCIANA VIEIRA CASTILHO WEINERT  
Avaliador Interno (UFPR)

Dedico esta dissertação a Deus que com sua infinita graça e sabedoria juntou dois grandes sonhos da minha vida: a titulação de mestrado e a maternidade. Assim, a dedicação é ainda para a minha pequena Isabelle que, como uma agradável surpresa, me acompanhou no período de coleta de dados e de elaboração da dissertação. Marcou presença crescendo em meu ventre, compartilhando cada momento e, sobretudo meu amor, e interagindo comigo em forma de chutes e outros movimentos.

Também dedico a minha 'mestre' e orientadora Marisete T. Hoffmann-Horochovski por sua competência, dedicação e paciência durante todo meu processo de busca por conhecimento e desenvolvimento como pesquisadora.

## **AGRADECIMENTOS**

Muitas pessoas acompanharam este meu processo de obtenção do grau de mestre e é pela torcida de cada uma delas que quero agradecer.

Aos meus pais e irmã pelo incentivo de sempre em estudar e ser o que eu quero ser pessoal e profissionalmente.

Ao meu esposo, meus familiares e amigos, que de perto ou de longe compreenderam as minhas ausências e correria durante esses dois anos de mergulho no aprendizado e cada um a sua maneira se faziam presente no apoio e na torcida pelo meu sucesso em cada fase.

Aos professores e colegas de pós-graduação com os quais interagi com trocas de conhecimento e vivências em diferentes momentos em minha vida pessoal e acadêmica. Em especial a minha orientadora Marisete Teresinha Hoffmann Horochovski que muito me ensinou nessa caminhada como pesquisadora, aos professores Ivan Jairo Junckes e Graciela Inés Presas Areu que contribuíram com preciosas colocações sobre meu projeto no Seminário de Projetos em 2016 e as professoras Luciana Vieira Castilho Weinert e Nádia Terezinha Covolan que aceitaram meu convite para compor a banca de defesa dessa dissertação em 2017.

Aos profissionais de saúde mental e das unidades básica da rede municipal de saúde e aos participantes do Comitê Intersecretarial de Saúde Mental da 1ª Regional de Saúde (SESA) em Paranaguá que de forma acolhedora aceitaram minha proposta de pesquisa, me acolheram em seus ambientes laborais e compartilharam comigo as informações necessárias para a realização desta pesquisa.

Aos meus pacientes, colegas de trabalho e alunos que acompanharam meus momentos de maior pressão e sempre demonstraram carinho, paciência em relação a minha restrição de tempo e confiança na minha capacidade de atingir as minhas metas.

E, por último, mas não menos importante a equipe de seleção do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Territorial do Mestrado que em 2015 me aprovaram para eu estar aqui neste momento realizando meu sonho.

## **O sonho**

*Sonhe com aquilo que você quer ser,  
porque você possui apenas uma vida  
e nela só se tem uma chance  
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.  
Dificuldades para fazê-la forte.  
Tristeza para fazê-la humana.  
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não tem as melhores coisas.  
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades  
que aparecem em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.  
Para aqueles que se machucam  
Para aqueles que buscam e tentam sempre.  
E para aqueles que reconhecem  
a importância das pessoas que passaram por suas vidas.*

*Clarice Lispector*

## RESUMO

A presente pesquisa tem por objeto de estudo a compreensão da Política Pública de Saúde Mental em Paranaguá – PR, com ênfase na integralidade do cuidado e efetividade assistencial no espaço territorial do litoral do Paraná. Apoia-se na literatura de Saúde Mental (Foucault, Szasz, Amarante, Campos e Domitti, Chiaverini, Souza, Silva, Yasui), de Políticas Públicas (Kingdon, Chrispino, Lotta, Matheus), de Território (Saquet e Dematteis) e em documentos da Saúde navegando por conceitos de rede, poder e território para problematizar o processo de redes de atenção e matriciamento em saúde mental e conhecer a situação regional. Utiliza metodologia qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas (Minayo, 2004 e 2008) com profissionais da rede de saúde mental, análise documental (atas do Comitê Intersecretarial de Saúde Mental da 1ª Regional de Saúde em Paranaguá e toda a legislação de saúde mental principalmente as seguintes: Lei 8.080 de 1990 - estrutura o SUS; a Lei federal nº 10.216 de 2001 - Lei da reforma psiquiátrica; a Portaria GM 336 de 2002 - Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS; e a Portaria nº 3.088 de 2011 – que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS) e estratégia de grupo focal (Morgan, 1997) com agentes comunitários de saúde (ACS). O objetivo é a compreensão do momento atual da Política de Saúde Mental no município em relação ao modelo de atenção (biomédico, psicossocial ou saúde comunitária), as conquistas e desafios e a análise comparativa entre os dados coletados e a legislação de saúde mental vigente. Paranaguá apresenta avanços importantes na atenção em saúde mental, sobretudo, com investimentos na Atenção Primária em Saúde, mas enfrenta desafios quanto ao alinhamento com a Política de Saúde Mental na disposição de equipamentos e na relação estabelecida entre os mesmos enquanto rede com foco no cuidado integral e resolutivo em saúde mental.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas. Saúde Mental. Matriciamento. Atenção Primária em Saúde. Redes de Atenção em Saúde.



## ABSTRACT

This research has as object of study the understanding of Public Policy on Mental Health in Paranaguá – PR, with emphasis on the completeness of the care and welfare in the territorial space effectiveness of the coast of Paraná. Based on Mental health literature (Foucault, Szasz, Amarante, Campos and Domitti, Chiaverini, Souza, Silva, Yasui), Public Policy (Kingdon, Chrispino, Lotta, Matheus), Territory (Saquet and Dematteis) and in health documents by browsing by concepts of network, power and territory to discuss the process of attention networks and matricial work in mental health. Uses qualitative methodology, with semi-structured interviews (Minayo, 2004 and 2008) with professionals in the mental health network, analysis of documents (proceedings of the Intersecretarial Committee on Mental health of the 1st Regional Health in Paranaguá and any mental health legislation mainly the following: the law of 1990 8.080 - structure in the SUS; the federal law nº 10.216 of 2001 - law of psychiatric reform; the Ordinance of 2002-336 GM Offers on day-care centres - CAPS; e and Ordinance nº 3.088 of 2011- establishing the psychosocial care network - RAPS) and focal group strategy (Morgan, 1997) with community health agents (ACS). The goal is the understanding of the current moment of Mental health policy in the municipality with respect to the model of attention (biomedical, psychosocial or community health), the achievements and challenges and the comparative analysis between the data collected and the mental health legislation in force. Paranaguá presents important advances in mental health attention, especially with investments in primary health care, but facing challenges with regard to alignment with the Mental health policy on disposal of equipment and the relationship established between the same while focusing on the integral care network and resolutivo in mental health.

**Keywords:** Public Policies. Mental Health. Matricial work. Primary health care. Health care networks.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Tabela 1	Primeiras legislações em Saúde Mental – século XIX.....	35
Tabela 2	Primeiros estabelecimentos para alienados no Brasil.....	35
Tabela 3	Legislação em Saúde Mental entre 1903 e 1927.....	36
Tabela 4	Legislação na área de saúde mental entre os anos de 1930 – 1962 .....	40
Tabela 5	Adaptações da Síntese da Trajetória das Políticas de Saúde e de Saúde Mental no Brasil no Brasil Período da Ditadura Militar (1964 – 1985).....	42
Tabela 6	Adaptações da Síntese da Trajetória das Políticas de Saúde e de Saúde Mental no Brasil - Período da Nova República ao início do século XXI (1985 – 2001).....	45
Tabela 7	Leis Reformistas nas UF por ano.....	51
Quadro 1	Modelos de Atenção ao Paciente.....	54
Figura 1	Rede de Atenção à Saúde – RAS.....	59
Figura 2	Pirâmide de Risco.....	67
Figura 3	1ª Regional de Saúde do Paraná.....	86
Tabela 8	Dados populacionais e o impacto no planejamento das ações.....	87
Tabela 9	População 1ª Regional de Saúde.....	88
Tabela 10	Rede saúde mental 1ª Regional de Saúde, Paranaguá 2015.....	88
Tabela 11	Perfil dos Profissionais da Rede de Saúde Mental entrevistados.....	93
Figura 4	Desenvolvimento de uma análise.....	101
Gráfico 1	Representatividade Setorial no Comitê de Saúde Mental.....	115
Gráfico 2	Participação setorial no total de reuniões do Comitê de Saúde Mental (outubro de 2011 a maio de 2017).....	115
Quadro 2	Quantitativo dos Temas abordados nas reuniões do Comitê Regional de Saúde Mental do Litoral (2011 – 2017).....	117
Gráfico 3	Evolução Populacional (Paranaguá).....	120

## **LISTA DE SIGLAS**

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação Saúde Coletiva.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

AIHs - Autorização para Internamento Hospitalar.

AIS – Ações Integradas de Saúde.

APS - Atenção Primária em Saúde.

APSUS - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde para capacitação das equipes municipais.

CAEM – Centro de Avaliação Educacional Multiprofissional.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

CISMEEP – Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental do Paraná.

CNRP - Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica.

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CONASP – Conselho Nacional de Segurança Pública.

COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais.

CPM – Centro Psiquiátrico Municipal.

CR – Consultórios de Rua.

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social.

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares.

DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública.

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental.

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

GAPS – Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica.

HEMOBRAS – Bancos de sangue.

HG – Hospital Geral.

IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH – índice de desenvolvimento humano.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias.

LOA – Lei do Orçamento Anual – LOA.

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social.

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública.

MJ – Ministério da Justiça.

MS – Ministério da Saúde.

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

NASP – Núcleo de Atenção Psicossocial.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONGs – Organizações Não Governamentais.

OPAS (POHA) – Organização Pan-Americana da Saúde.

PA – Pronto Atendimento.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PAIF – Programa de Proteção e Atendimento Integral às Famílias.

PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental.

PNA – Política Nacional sobre o álcool.

PNAD – Política Nacional sobre Drogas.

PNI – Programa Nacional de Imunizações.

PPA – Plano Plurianual – PPA.

PSF – Programa Saúde da Família.

PTS – Projeto Terapêutico Singular.

PVC – Programa de Volta para Casa.

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.

RAS – Rede de Atenção em Saúde.

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde.

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.

SCFV – Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública.

SHR – Serviço Hospitalar de Referência.

SIMPR – Serviço Integrado de Saúde Mental.

SM – Saúde Mental.

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais.

SRT – Serviço Residencial Terapêutico.

SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UEL – Universidade Estadual de Londrina.

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

UA – Unidade de Acolhimento.

UBS – Unidades Básicas de Saúde.

WHO – World Health Organization.

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL.....	20
2.1	SAÚDE E DOENÇA: O UNIVERSO DO MENTAL E AS RELAÇÕES SOCIAIS NA CRÔNICA DE UM CONCEITO QUE SE TRANSFORMA.....	20
2.2	TERRITÓRIO, PODER E DEMANDAS SOCIAIS: ELOS PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA.....	25
2.3	HISTORICIDADE DO SUS E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	33
2.3.1	As primeiras legislações em Saúde Mental no Brasil (1841- 1930).....	33
2.3.2	A fase da consolidação do modelo hospitalocêntrico asilar (1930- 1966).....	37
2.3.3	A fase da reforma psiquiátrica e da implantação do modelo de atenção psicossocial (1966-2001).....	42
2.3.4	A reorganização do modelo de atenção com expansão da territorialização e da atenção comunitária.....	54
2.4	AS REFORMAS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: CAUSAS, EFEITOS E REFLEXOS.....	62
2.5	TECITURA DE REDES NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL: PAPEL DO MATRICIAMENTO E DAS ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS E MULTIPROFISSIONAIS.....	74
3.	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	82
3.1	PARTINDO DA REALIDADE: O LITORAL PARANAENSE EM SUA TERRITORIALIDADE E REPRESENTATIVIDADE PARA O ESTADO	84
3.2	DELINEANDO A PESQUISA E SUA RELEVANCIA SOCIAL.....	89
3.3	TRAJETÓRIA DA INVESTIGAÇÃO.....	92
3.3.1	Fase Exploratória da Pesquisa.....	94
3.3.2	Fase de Trabalho de Campo / Coleta de Dados.....	95
3.3.3	Fase de Análise ou Tratamento do Material.....	97

4.	DESDOBRAMENTOS DA ANÁLISE: CANTADELA DO CONHECIMENTO.....	102
4.1	RELATOS HISTÓRICOS E COMPREENSÃO DA LEGISLAÇÃO ESPECIALMENTE NA DINÂMICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ.....	103
4.2	NARRATIVA DOS ENCONTROS E DESENCONTROS DA SAÚDE MENTAL NO LITORAL DO PARANÁ: ANÁLISE DOCUMENTAL DO COMITE REGIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	113
4.3	ENTREVISTAS INDIVIDUAIS E GRUPAIS: DOS CONHECIMENTOS E PRÁXIS INSTITUCIONAIS E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NUM CONTEXTO MULTIPROFISSIONAL.....	119
4.3.1	Modelo de Atenção Atual no município de Paranaguá.....	119
4.3.2	Fluxo de Atendimento, Estratégias de Rede, Judicialização da Política e Matriciamento.....	123
4.3.3	Questão da Capacitação dos Profissionais e Atuação da Gestão.....	133
4.3.4	Estigma da saúde mental.....	138
5.	RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
6.	CONCLUSÃO.....	148
7.	REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICAS.....	150
8.	APÊNDICES.....	157
8.1	APÊNDICE 1: INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	157
8.1.1	Entrevista com profissionais da saúde.....	157
8.1.2	Grupo Focal com os ACS – Agentes Comunitários de Saúde.....	158
8.2	APÊNDICE 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	159
9.	ANEXOS.....	161
9.1	ANEXO 1: SAÚDE NA MODERNIDADE – EUGENIO SCANNAVINO	161
9.2	ANEXO 2: MÚSICA SOBRE SAÚDE MENTAL NA APS.....	164
9.3	ANEXO 3: MATRIZ DE COMPETÊNCIAS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL.....	165
9.4	ANEXO 4: PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SESA.....	167
9.5	ANEXO 5: RAPS (FOLDER).....	168
9.6	ANEXO 6: RAPS (FIGURA).....	169



## 1. INTRODUÇÃO

Toda pesquisa tem início com uma questão cotidiana que incomoda e não encontra respostas simples e imediatas. Nesta pesquisa a principal questão foi a distância entre a teoria de Redes e a sua práxis pela observação da pesquisadora em suas várias experiências profissionais desde 2005. A grande sensação é de que a palavra Redes era repetida apenas por influência da moda, mas que não era valorizada enquanto estratégia de ação, meta ou desafio.

Em minha trajetória profissional através da Psicologia Social Comunitária, da Psicologia Clínica e da Clínica Hospitalar, da Psicologia Educacional e da licenciatura em nível técnico na área de saúde debruicei-me na questão da saúde mental por diferentes perspectivas. Estudei a Política e legislação em Saúde Mental, ainda na lógica de atenção psicossocial com mecanismos de referência e contra referência em fase inicial de implantação (encaminhar de um serviço ao outro como lógica de transferência de responsabilidade) e fui questionando-me sobre os motivos que interferem na eficácia desta política frente aos seus usuários quando já se havia implantado a lógica do matriciamento. Pela lógica de matriciamento tem-se um “plus” na questão de referência e contrareferência para que este processo deixe de ser um mero encaminhamento para ser cada vez mais uma responsabilidade compartilhada entre vários equipamentos que se fizerem necessários no caso.

Em diversos momentos percebi dificuldades da equipe de saúde e de outras secretarias em compreender os elos que o atendimento em saúde mental demanda (relações intersetoriais) e até mesmo certo desinteresse por este público talvez por efeito de desconhecimento, estigmatização ou por uma visão dualista (mente/corpo separados) do corpo humano.

O primeiro desafio de qualquer pesquisador é na definição de seu objeto de estudo e na formatação de seu problema, objetivos e hipóteses. O objeto de estudo desta pesquisa é a saúde mental no litoral no recorte do município de Paranaguá. O problema da pesquisa é a Política de Saúde Mental com sua proposta de aplicabilidade no formato de redes de atenção e simplificadamente o objetivo é compreender a situação atual desta política no município referido comparativamente ao que preconiza a política em questão. E as hipóteses? Como afirma o jornalista, pensador e co-fundador do Partido Comunista Italiano Antonio Gramsci (1891 —

1937): *“Quem é incapaz de construir hipóteses Jamais será cientista”*. Desafio lançado, ser mestre é ser pesquisador... as hipóteses deste estudo relacionam-se a possibilidade de desconhecimento dos atores desta política em relação a questão das redes de atenção na práxis e a questão da falta de estrutura para que a consolidação da rede possa acontecer.

Os conceitos mais debatidos nesta dissertação são os de saúde mental, poder, redes e território e, mais especificamente, o de matriciamento como proposta de tecitura de redes na saúde mental. Assim, entendendo a proposta de apoio matricial como uma ferramenta capaz de fazer a tecitura da Rede em ações de saúde e com a clareza de que na saúde mental não bastam relações intrasetoriais, faz-se necessários as relações intersetoriais também é que muitas observações surgem durante as reflexões e conclusões desta pesquisa.

Nessa dissertação é abordada a questão da Política Pública de Saúde Mental em três etapas: na primeira uma descrição teórica e legal da Política Pública de Saúde Mental, seguida da descrição metodológica da pesquisa e, por último, da análise dos dados e conclusões que se estabelecem quanto ao momento atual desta política no município de Paranaguá com seus desafios e possibilidades.

A Política Pública de Saúde Mental até meados do século XX não era oficialmente estabelecida apesar de sua demanda já existir e ser prioritariamente tratada no modelo asilar. Ainda na época imperial brasileira esse modo asilar tomou formato hospitalocêntrico e biomédico que se estendeu durante a primeira fase da Política Pública de Saúde Mental brasileira. Na segunda fase desta política, pós Reforma Psiquiátrica, o modelo de atenção em saúde mental passou a ser o de atenção psicossocial marcado pelo processo de desinstitucionalização e reinserção social do usuário de saúde mental. A terceira e atual fase, conforme legislação, é o de atenção social comunitária com ênfase na Atenção Primária em Saúde (APS), também denominada Atenção Básica, e ações que promovam a reinserção do usuário em saúde mental na sua própria comunidade. Este último modelo de atenção tem como maior foco quebrar o estigma da saúde mental e atuar na mesma linha de frente da Estratégia Saúde da Família, a prevenção e promoção de saúde.

Para descrever cada uma destas fases foram levantadas as questões legais que as fundamentam em toda a sua linha histórica e os dados da realidade atual no município de Paranaguá. A coleta de dados utiliza de três estratégias: entrevistas

semi-estruturadas com profissionais de saúde mental de vínculo municipal e estadual, análise da legislação de saúde mental e das atas do Comitê Intersecretarial de Saúde Mental e, relatos do grupo focal com agentes comunitários de saúde.

Na análise dos dados foram vivenciados momentos como este descrito pelo físico alemão Albert Einstein (1879-1955): *“Penso noventa e nove vezes e nada descobro; Deixo de pensar, mergulho em profundo silêncio – e Eis que a verdade se revela”*. Aqui está o desafio da pesquisa de aproximação e afastamento dos dados para uma melhor interpretação dos mesmos. Em outras palavras, é o exercício do ócio criativo proposto na década de 1990 pelo professor e sociólogo italiano Domenico de Masi em seu livro de mesmo nome (demonstra como alegria e satisfação pessoal no dia a dia aumentam a criatividade, que por sua vez faz crescer o potencial de imaginação necessário, ou seja, entende-se que a união entre trabalho, estudo e lazer gera maior produtividade e potencializa a criatividade e abstração).

Nesta lógica todos os dados coletados foram trabalhados exaustivamente pela técnica de análise de discurso de Bardin (2016), com pequenos espaços para o ócio criativo, e as primeiras conclusões apontam para necessidades de ampliar o conhecimento da Política de Saúde Mental entre todos os seus agentes a nível intersecretarial e da necessidade de investimentos públicos para que a rede possa se estabelecer efetivamente.

Fica o convite então para que o leitor mergulhe nesse universo da saúde mental e possa tirar suas conclusões acerca da complexidade do ser humano e da saúde mental numa sociedade que, na prática, vive interconectada por nós e fluxos relacionais.

## 2. A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

### 2.1 SAÚDE E DOENÇA: O UNIVERSO DO MENTAL E AS RELAÇÕES SOCIAIS NA CRÔNICA DE UM CONCEITO QUE SE TRANSFORMA...

O universo mental e os nós e enlaces das relações sociais... essa é a grande reflexão do que é saúde mental. É permeada por ela que a primeira parte deste capítulo irá navegar problematizando e esclarecendo a concepção de saúde mental que enreda a história da Política Pública de Saúde Mental em suas diferentes fases. Um universo permeado por contradições, poderes e ações políticas...

Uma visão mais funcionalista (sistema, subsistema, estrutura, função, adaptação, integração, desvio, consenso, etc.), coerente com o positivismo sociológico, entende que as leis que regem os fenômenos sociais são intemporais, invariáveis e tendentes à estabilidade e à coesão. Por exemplo, Parsons (apud Minayo, 2004, p.47) em sua obra *The Social System* de 1951, afirma que o conceito saúde/doença “É um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como o sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social”. Essa leitura combina com o antigo conceito, que remonta à primeira metade do século XX, de que saúde era a ausência de doença e reduz a concepção de doença à noção de “desvio” que deve ser tratado exclusivamente no âmbito paciente e médico.

Ainda na ótica de Minayo (2004), por volta de 1980, sobretudo inspiradas nas reflexões pós-guerras, acirram-se as críticas a concepção positivista da ciência principalmente em coletâneas das Ciências Sociais da Saúde. Correntes como a fenomenologia sociológica (Weber, Husserl, Schutz) e a etnometodologia (Harrison e Madge, Goffmann) com sua vertente interacionismo simbólico (Thomas, Hebert Mead, Cooley, Hebert Blumer) com inúmeros argumentos questionam o enfoque quantitativo da produção de conhecimento (“o SIGNIFICADO no altar do rigor matemático” segundo Harrison - 1942, 10-21). Em outras palavras, as críticas são a desconsideração de múltiplos determinantes no processo saúde/doença, o pragmatismo das ciências médicas, a consideração das ciências sociais como acessório/complemento na compreensão do conceito, a valorização excessiva das

estatísticas pela epidemiologia e o desafio desenvolvimentista que a tecnologia médica traz ao desafio da ciência ressaltando interesses corporativos numa guerra competitiva entre grupos profissionais, laboratórios, indústrias de equipamentos e medicamentos (lógica do complexo médico industrial da saúde). Minayo (2004) explicita em três pontos estas questões:

Na prática médica e suas relações com a sociedade o positivismo se manifesta: (1) Na concepção da saúde/doença como fenômeno apenas biológico individual em que o social entra, compreendido como modo de vida e apenas como variável, ou é desconhecido e omitido; (2) Na valorização excessiva da tecnologia e da capacidade absoluta da medicina de erradicar as doenças; (3) Na dominação corporativa dos médicos em relação aos outros campos do conhecimento, adotando-os de forma pragmática (a sociologia e a antropologia consideradas importantes apenas para fazer questionários, produzir informes culturais, ensinar alguns conceitos básicos); no tratamento subalterno dado aos outros profissionais da área (enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, atendentes, etc...); em relação ao senso comum da população, numa tentativa nunca totalmente vitoriosa, de desqualifica-lo e absorvê-lo (MINAYO, 2004, p. 49).

Problematizando a questão da medicalização da vida e seus efeitos negativos em “*A expropriação da Saúde*” (1975), Ivan Illich, critica o caráter reprodutor e coercitivo da instituição médica ao induzir uma errônea idéia de controle sobre o corpo em prol dos interesses econômicos sobre as necessidades de saúde da população. Com visão de dominação a corporação médica vive uma relação contraditória entre sua imagem salvadora e filantrópica e a impotência diante da morte considerada como fracasso. Seguem a estas considerações vários debates a respeito da ética médica que culmina na criação a nível mundial das Comissões de Ética a partir de 1970.

As mudanças conceituais na saúde seguem processos de produção social das ações e do contexto sócio político de uma localidade, ou seja, são construções sociais e históricas que respondem a determinadas demandas sociais. Ao considerar que há maior complexidade entre as relações sociais e institucionais surge um caráter cada vez mais holístico para a saúde:

A partir das mesmas idéias vai se desenvolvendo também uma linha holística na concepção de saúde/doença que se unifica nos seguintes pontos: (a) a saúde tem que ser pensada como um bem-estar integral: físico, mental, social e espiritual; (b) os indivíduos devem assumir sua responsabilidade inalienável frente às questões de sua saúde; (c) as práticas da medicina holística devem ajudar as pessoas a desenvolver

atitudes, disposições, hábitos e prática que promovam seu bem-estar integral; (d) o sistema de saúde deve ser reorientado para tratar das causas ambientais, comportamentais e sociais que provocam a doença; (e) as pessoas devem se voltar para a harmonia com a natureza, utilizar práticas e meios naturais de tratamento (GARCÍA: 1983 apud MINAYO, 2004, 61-62).

A concepção holística de saúde, contrariamente ao modelo biomédico, quebra a dicotomia corpo/mente e traz ambas inter-relacionadas (antes apenas denominado “doença dos nervos”) como mais um dos condicionantes de saúde assim como aspectos culturais (crenças), as disfunções fisiológicas, as condições socioeconômicas e os significados subjetivos dados aos acontecimentos e desafios da vida. A doença é então a linguagem das relações sociais, corpo e mente:

A saúde para ser holística precisa ser estudada como um grande sistema, como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não arrumados numa sequência de passos e medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas (TEIXEIRA, 1996, p.289).

O que simplesmente é denominado “doença dos nervos” representa em si um conjunto das ansiedades e insatisfações diante das dificuldades da vida. Nesta perspectiva, por vezes, o próprio meio ambiente e/ou a organização social podem ser considerados os indicadores mais negativos na condição de desequilíbrio e saúde. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças”.

Desta maneira a concepção de saúde transforma-se: de uma visão biologicista e fisiológica da saúde onde a pessoa doente tem uma postura passiva no processo terapêutico, para um olhar biopsicossocial onde a pessoa assume papel ativo e de corresponsabilidade e, atualmente, um valor coletivo de saúde no qual cada cidadão além de ser corresponsável por sua própria saúde é entendido dentro de uma visão social e holística ao mesmo tempo e é corresponsável também pela saúde de uma coletividade.

Ao considerar a complexidade do ser humano e da vida em sociedade a nova concepção de saúde mostra-se muito adequada. É de conhecimento que hoje não há um motivo único e nem uma única interpretação para os fatos. A percepção

mostra que os fatos são multicausais e então o olhar sobre o homem, a sociedade e a saúde são também de múltiplas causas.

Dessa maneira, a abordagem da condição patológica também se transforma. Mesmo que uma enfermidade seja considerada crônica (sem cura, apenas com possibilidades de estabilização) o caminho não é mais o da reclusão em ambientes distantes da vida urbana, mas sim o de utilizar estratégias de estratificação de riscos (para determinar o grau de complexidade necessário para o início das intervenções), a gestão clínica da condição de saúde para a estabilização do quadro clínico e num nível menos complexo estratégias de orientação, autocuidado apoiado numa lógica de prevenção e promoção de saúde.

Em síntese, a concepção ampliada de saúde a entende como um direito que resulta de boas condições de alimentação, meio ambiente, habitação, renda, educação, trabalho, emprego, lazer, transporte, liberdade, acesso a serviços de saúde e acesso e posse da terra. A saúde é então resultado dos mesmos fatores que determinam a chamada qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, há uma exigência que os serviços de saúde atuem na promoção (incentivo a hábitos saudáveis), prevenção (orientação ao autocuidado com finalidade de prevenir pioras e necessidades de hospitalização), assistência e reabilitação da saúde (medidas maximizam as capacidades restantes de indivíduos incapacitados por intervenções a nível individual e ambiental e/ou restauram a situação anterior) e não apenas para práticas curativas.

A concepção holística de saúde considera as múltiplas relações biopsicossociais numa condição de equilíbrio dinâmico a qual deve ser incentivada por práticas de prevenção e promoção de saúde em primeiro plano. Nessa concepção as relações saúde e doença apresenta causas exógenas e endógenas que podem ser acompanhadas, estratificadas por suas condições de risco a vida humana e tratadas em lógica que extrapola a prática curativa do modelo biomédico. Saúde representa bem-estar e felicidade numa relação de harmonia e equilíbrio entre indivíduo, sociedade e seu ecossistema e doença representa infelicidade individual ou coletiva (MINAYO, 2004).

Eugenio Scannavino, no texto *“Saúde da Modernidade”* corrobora com as colocações de Minayo, afirmando que: “Saúde se define como bem-estar físico, mental e social. Eu acrescentaria bem-estar ambiental. Eu diria que é estar em

harmonia com o ambiente interno e externo de cada um” (SCANNAVINO, 2007, p. 82). A íntegra do texto (anexo) é a provocação mais completa para as reflexões que seguem no contexto de saúde e de saúde mental e toda a trajetória desta política desde as últimas décadas do século XX até o momento atual. Nele, o autor aponta as múltiplas relações sociais, econômicas e institucionais que devem ser consideradas na compreensão do conceito de saúde e na prerrogativa de promoção de saúde. Considerando saúde como conceito amplo e profundo traz a relação do homem com o meio ambiente e com os outros homens numa reciprocidade de influências e a co-responsabilidade de cada cidadão com a sua própria saúde. A saúde mental de uma pessoa se relaciona com a maneira que ela reage às exigências da vida e, ao mesmo tempo, ao modo que harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, idéias e emoções.

Várias das questões abordadas em cada frase ou questionamento provocativo do texto de Scannavino interessam nas discussões de saúde mental em toda a sua complexidade e historicidade. No texto são assinalados alguns aspectos que pretendo ressaltar ao longo de toda a dissertação:

- ✓ A saúde como um conceito mais amplo e mais profundo do que meramente relacionado à definição da palavra doença.
- ✓ A saúde como um conceito coletivo definido na Constituição Federal Brasileira (1988) e que na prática deve ser interpretada não como mera responsabilidade do poder público, mas sim como corresponsabilidade de cada cidadão.
- ✓ A concepção do que seria uma sociedade saudável (em equilíbrio dinâmico biopsicossocial e espiritual) e se as atitudes humanas e institucionais da atualidade contribuem ou não para uma sociedade saudável.
- ✓ A compreensão do ideal de comunidades como conjunto de pessoas que se interrelacionam mediante um senso de solidariedade e construção conjunta. Cada indivíduo, como parte de um todo, vivencia o compartilhamento, o pertencimento e a responsabilidade individual em relação ao coletivo.
- ✓ A importância da participação comunitária nas Políticas Públicas.

Dito isso, faz-se necessário aprofundar a partir das próximas linhas o conhecimento acerca da Política de Saúde e da Política de Saúde Mental com suas múltiplas considerações e relações cabíveis para nós humanos que vivemos em sociedade.



## 2.2 TERRITÓRIO, PODER E DEMANDAS SOCIAIS: ELOS PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA

A professora universitária Telma Gimenez e o médico e professor universitário João Campos apresentam a obra “Fortalecendo a atuação democrática nas comunidades” - Matheus (2014) - com uma concepção de público em termos de deliberação pública: “A deliberação Pública, ou seja, a capacidade das comunidades decidirem rumos e empreenderem ações coletivas, torna-se peça fundamental no funcionamento pleno da democracia”. Ressaltam um modo de fazer política onde as comunidades e as autoridades governamentais buscam conjuntamente a solução para problemas comuns. Assim, enfatizam a importância da participação social que na história da saúde brasileira aconteceu de forma significativa durante a Reforma Sanitária e durante a Reforma Psiquiátrica. Ambas serão descritas e contextualizadas no subcapítulo seguinte que trará relatos cronológicos e históricos da implantação do SUS e das ações em saúde mental.

Apenas como breve resumo referindo a relação entre demandas sociais, poder e território na formulação das políticas públicas conforme se lê ao longo da obra do já mencionado Matheus (2014) as três últimas décadas tiveram marcas significativas na participação cidadã. Na década de 1980, período da “redemocratização” brasileira, os movimentos sociais ganharam forças influenciando a promulgação da Constituição “Cidadã” de 1988 e leis específicas como o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (1996), Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993), entre outras.

Na década 1990, a participação social ganha força na organização e expansão do terceiro setor que, sai de uma posição reivindicatória e passa a atuar ativamente nas políticas públicas na oferta de serviços e nas esferas de insuficiência do Estado. Novos registros de movimentos contestatórios de rua que acontecem, em 2013, organizadas com apoio da tecnologia, e que ainda hoje se mantém de maneira não tão expressiva e organizada. Reforça-se a necessidade de encarar a cidadania como exercício diário de todos os cidadãos a fim de que suas participações catalisem energias para ações coletivas de interesse do “público”, o pensar e agir coletivamente. Nesse sentido, entende-se “política” como:

aquilo que os cidadãos fazem tanto com outros cidadãos e com governos para mudar suas comunidades. Reconhecemos que o termo geralmente se refere a campanhas eleitorais e atividades governamentais, porém adotamos uma definição mais ampla a fim de levar em conta tudo que é necessário para sustentar a *polis* ou uma comunidade. Uma associação de moradores se organizando para manter as ruas seguras está fazendo política. Um Fórum de cidadãos sobre como melhorar a economia é um movimento político. Uma coalização trabalhando para melhorar o sistema educacional é uma ação política. E todos que estão preocupados com tais questões tem interesses políticos. Assim, a política não pertence apenas aos eleitos; por direito ela pertence a todos (MATHEWS, 2014, p. 4).

O termo Políticas Públicas também recebe várias significações e várias críticas desde a segunda metade do século XX: a denominação política social sugere a existência de políticas que não são sociais, o de políticas públicas sugere a existência de políticas privadas e a supremacia do privado sobre o público (SAVIANI apud CHRISPINO, 2016, p.16) traz uma síntese dessas reflexões críticas:

O caráter antissocial da política econômica está ligado ao caráter privado da economia. Uma economia centrada na propriedade privada, se organiza e se desenvolve segundo os interesses privados. Consequentemente, a partir daí, é possível entender a denominação de políticas públicas para as políticas chamadas 'sociais.

Políticas Públicas é um termo construído socialmente e interpretado conforme diversas variáveis que se relacionam com valores subjetivos e sociais de crenças, ideologias, contextos, ética, entre outros. Envolve vários atores e níveis de decisão, tem momentos de decisões informais e é formalmente materializada pelos governos. São, muitas vezes, decorrentes de movimentos sociais (no caso da saúde, sobretudo de movimentos operários buscando seguridade social) e representam uma forma de minimizar as distorções em várias áreas da vida social. Tem foco no desenvolvimento buscando equacionar problemas econômicos e sociais de maneira a promover o desenvolvimento do país. Sua definição não é unanime e sua origem é derivada da ciência política referindo a um campo de ação e a um campo de debate, a política, representando a arte de governar, de mediar interesses contraditórios:

Como política, vamos entender a arte de governar ou de decidir os conflitos que caracterizam os agrupamentos sociais. Como pública, vamos entender aquilo que pertence a um povo, algo relativo às coletividades. Logo, poderemos deduzir que política pública – em um metaconceito – seria a

ação intencional do governo que vise atender à necessidade da coletividade (CHRISPINO, 2016, p.19).

Reis (1989) define políticas públicas como um jogo de interesses existentes nas ações do Estado. Hofling (2001) – ‘Estado em Ação’ - ressalta que as políticas públicas são responsabilidade do Estado e suas decisões envolvem atores e organismos sociais diversos tanto em sua implementação quanto em sua manutenção. Contudo, a perda do protagonismo social, ou seja, a não participação direta da sociedade interfere na motivação, fazer político e sua eficácia: “Servidores contratados podem complementar cidadãos, mas não podem substituí-los sem que as organizações percam muito da sua legitimidade enquanto instituições representativas do público”. (MATHEWS, 2014, p.13). Ele ainda afirma que isto também ocorre quando associações cívicas informais entregam seus projetos para instituições formais. Desta forma, defende que:

a obtenção de resultados desejados requer discernimento público<sup>1</sup> constante. Esses resultados não são sempre quantificáveis e, mais importante que isso, não podemos nos esquivar do processo avaliativo sem que haja consequências adversas para o aprendizado comunitário. O objetivo da avaliação não é identificar o culpado; é descobrir qual o próximo passo (MATHEUS, 2014, p.17).

Esta reflexão retoma o objetivo desta pesquisa que corresponde à análise da política de saúde mental em Paranaguá, identificando os aspectos positivos e as dificuldades presentes na implementação da política.

Souza (2007) trata Políticas Públicas como campo de conhecimento que analisa as ações do governo e, quando necessário, propõem mudanças nas direções tomadas. Reis, Hofling e Souza, assim apontam a Política Pública enquanto intencionalidade de ação do governo. Considera-se ainda que cada modelo de Estado execute determinado modelo de Políticas Públicas. A escolha destes modelos depende da dinâmica do governo, a forma e qualidade das relações deste governo com a sociedade, a forma que a sociedade se organiza para fiscalizar e cobrar a execução de seus direitos. Somando-se a isto Chrispino (2016) salienta

---

<sup>1</sup> Discernimento público é definido na obra como algo que vai além da opinião pública, individual e reativa, é algo que é compartilhado e reflexivo.

que uma decisão tomada por um político ao implementar uma determinada política pública traz um rol de itens que justificam a decisão, mas nem todos estes itens são explicitados ao público.

É relevante compreender que a implantação e manutenção de uma determinada Política Pública exige planejamento e segue interesses e regulamentações. Neste caso é preciso considerar:

- ✓ Discricionariedade (opção de escolha) do administrador, por vezes, baseados em interesses específicos em detrimento aos interesses coletivos;
- ✓ Judicialização da política – quando o judiciário precisa intervir na garantia de direitos atendendo a necessidades pontuais.
- ✓ Limites e possibilidades do orçamento público: pela Constituição de 1988 – art.165 existem três instrumentos (Plano Plurianual – PPA; Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO; e, Lei do Orçamento Anual – LOA) que integrados instituem o Sistema de Planejamento Integrado.

Dentre vários modelos destaca-se o de Ciclo da Política Pública que, como ciclo deliberativo, constitui-se de um processo dinâmico e de aprendizado com vários estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, implementação e avaliação.

[...] o 'ciclo de política' permitirá ao analista de políticas públicas identificar as forças atuantes (vencedoras e derrotadas), as 'redes de política' envolvidas, as práticas administrativas adotadas e os instrumentos de acompanhamento, avaliação e controle de cada fase do processo proposto (CHRISPINO, 2016, p. 66).

Considera-se que há complexidade tanto no planejamento como na execução das Políticas Públicas. A interação entre interesses, poder e estratégias definirão a análise e a eficácia da implementação de determinada Política Pública.

Há ainda diferenças apontadas por Chrispino (2016) entre uma política enquanto ciência e uma política como prática. Para ele, a primeira fala de planejamento baseado em teorias e de um mundo ideal e é narrativa. A segunda é aplicada num mundo real permeado de conflitos. É o embate entre o político (mediador de interesses diversos) e o planejador (técnico ou cientista): “Esse poder de decisão da área política fica muito claro quando estudamos a ‘agenda política’,

que dá indícios sobre os objetivos buscados pelo grupo político que detém o poder e o ‘espaço’ que destinará ao planejamento” (CHRISPINO, 2016, p. 170).

Mathews (2014) ressalta a importância da deliberação pública na tomada de decisão. Para ele a deliberação, muitas vezes negligenciada nas ações políticas, é uma forma de diálogo e argumentação que não é uma tarefa fácil, mas um processo natural que conduz a tomada de decisões conjuntas e mais eficazes:

Uma das oportunidades mais negligenciadas na política reside na habilidade de um grupo diversificado de pessoas se tornar um público por meio de deliberação constante. A deliberação constrói públicos na medida em que conecta pessoas que não necessariamente se gostam ou confiam umas nas outras e que tem interesses diferentes e talvez conflitantes. A deliberação as conecta a ponto de que possam conversar e agir juntas de maneira informada e eficaz (MATHEWS, 2014, p.32).

Assim, a deliberação não representa acordo ou desacordo, mas sim a busca por um denominador comum que favoreça a solução de determinado problema coletivo. Esse processo em continuidade amplia o saber público transformando a opinião em discernimento e por sua influência em grupos de diferentes níveis de decisão impulsiona movimentos interrelacionais de lideranças comunitárias, burocratas de nível de rua<sup>2</sup> e gestores públicos criando condições para a ação pública. Deve-se considerar inclusive que o poder discricionário dos burocratas do nível da rua representa fator decisivo na distribuição de bens e serviços públicos; sendo que a ação desses agentes é uma variável a ser considerada no quesito sucesso das políticas.

Neste ponto adentramos no conceito de poder que não é apenas o relativo a ser possuidor de determinados recursos escassos ou autoridade, mas sim uma habilidade de liderar para conduzir decisões. Mary Parker Follett (apud MATHEUS, 2014, p.46) afirma que “o poder dado por outros não é poder verdadeiro” afirmando que o poder verdadeiro - “a habilidade de agir de modo eficaz – emana das experiências e talento únicos das pessoas”. Ela cita ainda que “o poder resulta da

---

<sup>2</sup> Burocratas de nível de rua foi um termo designado pioneiramente por Michael Lipsky (1980) para denominar uma classe específica da estrutura burocrática dos governos contemporâneos. É representado pelos funcionários públicos que, por suas funções, acabam por constituir a interface do Estado perante o cidadão.

habilidade das pessoas de se unirem para compartilhar a função pública. [...] Os cidadãos geram esse poder renovável”. Diante deste caráter inato do poder tem-se a população como capaz de resolver os problemas locais através de suas articulações comunitárias e sociais. Considera-se que políticas públicas referem-se:

ao conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público (GUARESCHI; COMUNELLO; NARDINI e HOENISCH, 2004, pág. 180).

As políticas públicas são compreendidas como mediadoras de interesses sociais. Para Baptista e Mattos (2015) representam as respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que ocorrem na sociedade em razão de negociações dos diferentes interesses, inclusive socioeconômicos, com vistas à manutenção de uma ordem social:

é preciso estudar o movimento atual da intervenção do Estado nas Instituições de Saúde, seja como produtor direto de serviços, seja como financiador dos produtores privados, seja como racionalizador e normalizador, visando à extensão da cobertura, diminuição dos custos da atenção médica e “redistribuição” de renda através dos sistemas previdenciários (ALMEIDA, 2013, p. 8-9).

É preciso considerar que os múltiplos atores estão envolvidos numa dinâmica que envolvem relações entre poderes, relações entre Estado e sociedade e relações com outros protagonistas, do segundo e terceiro setor da economia, enquanto atores econômicos e sociais na esfera da saúde. Assim, toda a Política de Saúde é legitimada em meio às questões sociais, legais econômicas e as concepções de saúde vigentes no momento.

Especificamente, em relação às Políticas Públicas de Saúde as primeiras reflexões a serem feitas dizem respeito à influência do conceito de saúde mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) na formulação das políticas de saúde mental; sobre qual o real objetivo desta política; sobre como se dá seu processo de legitimação desta frente aos seus gestores, executores e população/usuários; e, se não dispor de saúde mental representa ou não algum tipo de punição para o sujeito

doente e se esta representação impacta, de alguma forma, na maneira como ele será tratado na sociedade.

Considerando o contexto da política nacional de saúde mental brasileira há uma reorientação da atenção enfatizando o território e a corresponsabilidade no cuidado como garantia de acesso universal, integral e qualificado aos usuários:

A atual política nacional de saúde mental reafirma um dos preceitos do Sistema Único de Saúde ao considerar a saúde como um processo social complexo e não mais simplesmente como ausência de doença. Portanto, a saúde constitui-se como um direito do cidadão. Sendo assim, torna-se premente a consolidação de uma rede de atenção integral aos portadores de sofrimento psíquico.

A política nacional de saúde mental enfatiza o desenvolvimento da atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional. Tal reorientação pode ser observada na diminuição do total de leitos psiquiátricos no País nos últimos anos, em cerca de 40% (BRASIL, 2006), na implantação dos Caps, Serviços Residenciais Terapêuticos, etc. É nessa tentativa de ampliar as ações territoriais que se encontra a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Os serviços que trabalham na perspectiva do território desenvolvem papel ativo e de grande importância na promoção da saúde mental em suas respectivas localidades (SOUZA, 2015, p.66).

Nessa reorganização o território é enfatizado como favorável no cuidado e na manutenção da saúde, ou melhor, na prevenção e promoção de saúde. Mas de que concepção de território se fala? Território não é uma visão estática de demarcação geográfica de terras território, como afirma Yasui (2004), território é algo vivo dinâmico, cheio de interrelações, e refere-se às forças vivas de uma dada comunidade.

Falar em território não é apenas pensá-lo como espaço geográfico mas, sim, pensá-lo como um espaço vivo, com todos os fatores sociais, culturais e econômicos, políticos e sanitários interagindo e dando sua configuração final. Assim, o território precisa ser compreendido como um organismo vivo que está sempre se construindo e se reinventando. (SOUZA, 2015, p.54).

Pensar território desta maneira dinâmica permite aos gestores municipais tomar conhecimento de hábitos de vida, condições de trabalho e de vida, composição demográfica e estrutura familiar da população de dada localidade e identificação dos equipamentos sociais do território que podem contribuir para melhoria da qualidade de vida da população local. Esse levantamento é realizado

pelos profissionais de saúde dentro de um processo denominado territorialização que pressupõem ações de mapeamento e sistematização das informações coletadas nas comunidades.

Nas Políticas Públicas de Saúde Mental a territorialização na atenção da rede psicossocial reporta a responsabilização pela demanda de determinada fatia populacional. No que tange a atenção em nível territorial o Centro de Reabilitação Psicossocial (CAPs) representa um ponto de atenção central da Política de Saúde Mental, no modelo de atenção psicossocial:

Nesta perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (BRASIL, 2005) e constituem-se como um 'lugar' na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares. (BRASIL, 2015, p. 9-10).

Neste modelo a assistência à saúde deve ocorrer tanto a nível individual quanto a nível social e no máximo possível no território social do usuário. A concepção atual de território mistura modernos recortes com a antiga categoria de "região" e traz duas características: horizontalidade (domínios da contiguidade – lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial) e verticalidades (pontos distantes uns dos outros, mas ligados por todas as formas e processos sociais). Assim, têm-se as noções de "espaço banal" e "redes" sendo esta última oposta a primeira e com clara expressão de verticalidade: "O território hoje, pode ser formado por 'lugares contíguos' e 'lugares em rede'. No entanto, são lugares que formam redes e que forma o espaço banal" (SOUZA, 2015, p.121).

Redes é outro conceito que vem implicando na elaboração, implementação e execução das Políticas Públicas. Por este conceito mostram-se inseparáveis da questão do poder ao apresentar as mesmas características (globais e locais, unas e múltiplas, estáveis e dinâmicas) e revelar superposição de vários sistemas lógicos com ajustamentos presididos pelo mercado, poder público e a estrutura socioespacial. Tecer redes, ou seja, unir articuladamente diferentes pontos institucionais e comunitários na rede de cuidados de atenção no território amplia a inserção dos usuários nos espaços sociais e traz melhorias na gestão e no cuidado.



A efetividade da Política Pública de Saúde Mental depende que os elos para uma Política Pública (território, poder e demandas sociais) numa nova concepção de saúde (responsabilidade coletiva) e numa nova configuração relacional (rede): “A atenção em saúde mental requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania” (SOUZA, 2015, p.128).

## 2.3 HISTORICIDADE DO SUS E DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Política Pública de Saúde Mental trouxe muitas influências dos movimentos sociais denominados Movimento Sanitarista e Reforma Psiquiátrica. Detalhes da formulação de uma Política Pública de Saúde desde o final do século XIX são encontradas em leis sociais. Para o relato utilizaram-se teóricos de políticas públicas e da área de saúde e as normas legais disponíveis em sítios oficiais de órgãos estatais considerando que: “O Estabelecimento das Políticas de Saúde deriva seus princípios da Política de Desenvolvimento do país” (ALMEIDA, 2013, p.6).

Para facilitar a leitura cronológica das informações e o caminho histórico das Políticas Públicas de Saúde Mental numa continuidade à organização teórica e histórica feita por Silva (2014) serão destacadas quatro grandes fases: as primeiras legislações em saúde mental no Brasil (1841 – 1930); a fase da consolidação do modelo hospitalocêntrico asilar (1930 – 1966); a fase da reforma psiquiátrica e da implantação do modelo de atenção psicossocial (1966 – 2001); e, por último, a reorganização do modelo de atenção com expansão da territorialização e da atenção comunitária.

### 2.3.1 As primeiras legislações em saúde mental no Brasil (1841 – 1930).

Foucault já refere que o espaço de segregação institucionalizada que na Idade Média era destinado aos leprosos na Idade Clássica fora reservado aos “insanos”. Socialmente construído conceito de saúde mental e de loucura iniciou com uma postura higienista como descrito em “A História da Saúde Mental” de Thomaz Szasz (1976) e em “A História da Loucura na idade clássica” de Foucault (1978). Mais tarde, em outra época e com olhar mais amplo, Georges Canguilhem

em sua obra “O normal e o patológico” (2002) reforça que o equilíbrio que nos garante a condição de saúde depende não só do biológico e fisiológico, mas também do contexto social e comunitário. Considerando indistinto o somático e o psíquico ele afirma: “um grave problema, ao mesmo tempo biológico e filosófico, saber se é ou não legítimo introduzir a História na Vida” (CANGUILHEM, 2002, p.13).

Mundialmente até o final do Séc. XVIII a loucura não era considerada doença e o confinamento e tratamento moral eram os caminhos para todos os considerados “desviantes” na sociedade. Ainda até a metade do século XX as ações de saúde eram exercidas por curandeiros, boticários, raizeiros, parteiras legais, irmãos de caridade, iniciativa de religiosos, médicos sanitaristas, médicos generalistas, enfermeiras práticas sem nenhum alinhamento em torno de uma Política de Saúde.

Como um dos críticos do modelo médico psiquiátrico Amarante (1995) afirma que doença mental e a loucura apresentam três grandes dimensões: a médica, a jurídica e a social. Ao longo do tempo, sob a influencia de concepção de saúde e as políticas públicas vigentes, a interpretação dessas dimensões sofre alterações. São estas alterações que poderão ser notadas ao longo desta narrativa. Inicialmente essas dimensões seguem a ênfase biomédica e tem as interpretações dessas dimensões da seguinte maneira: para a medicina a ênfase é o tratamento com o especialista, psiquiatra, numa instituição para este fim e uma expectativa de cura ao doente pela reclusão; na parte jurídica o Código Civil de 1916 considera que “loucos de todo gênero” são incapazes civilmente e, portanto, não aptos ao exercício ou gozo de seus direitos; e, na vida social são uma ameaça à ordem social favorecendo as atitudes individuais e coletivas de isolamento do doente e, numa fase seguinte, de institucionalização e medicalização da loucura. Diante deste quadro encontram-se os relatos de reclusão dos que eram considerados “desviantes” da sociedade.

No Brasil do Séc. XIX essa reclusão acontecia nas prisões e porões das Santas Casas de Misericórdia e era uma problemática discutida desde 1830 e que culminou em tratamento hospitalar asilar desde o Brasil Colônia até o início do século XXI. O 1º registro legislativo na época de Dom Pedro II (1841) seguindo a tendência da psiquiatria com a fundação de hospícios para tratamento dos

alienados<sup>3</sup> por várias localidades no Brasil diante do fortalecimento da psiquiatria biomédica e do movimento higienista. Assim, como descrito em Silva (2014) as primeiras legislações brasileiras no campo da saúde mental:

<b>Tabela 1: Primeiras legislações em saúde mental, século XIX</b>		
<b>Ano</b>	<b>Tipo e número</b>	<b>Ementa</b>
1841	Decreto nº 82	Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo.
1852	Decreto nº 1.077	Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo.
1890	Decreto nº 508	Aprova o regulamento para a Assistência Médico-legal de Alienados.
1893	Decreto nº 1.559	Reorganiza o serviço de Assistência Médico-legal de Alienados.
1897	Decreto nº 2.467	Dá novo regulamento para a Assistência Médico-legal a Alienados.
1899	Decreto nº 3.244	Reorganiza a Assistência a Alienados.

Fonte: SILVA (2014) revisado.

Enfatizando o racional, prática comum das sociedades ocidentais, o alienado foi segregado e inicialmente louco e loucura passam a ser objeto de especialistas no Brasil República com o marco da inauguração do Hospício Pedro II. Seguido a este Silva (2014) menciona um levantamento das primeiras instituições asilares para alienados no Brasil:

<b>Tabela 2: Primeiros estabelecimentos para alienados no Brasil segundo Oda e Dalgarrondo, 2005, p.283 (apud SILVA, 2014).</b>		
<b>Província – Cidade</b>	<b>Ano</b>	<b>Estabelecimento</b>
São Paulo – São Paulo	1852	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João).
Pernambuco – Recife	1864	Hospício de Alienados de Recife – Olinda (da Visitação de Santa Isabel)
Pará – Belém	1973	Hospício Provisório dos Alienados
Bahia – Salvador	1874	Asilo de Alienados São João de Deus
Rio Grande do Sul – Porto Alegre	1884	Hospício de Alienados São Pedro
Ceará	1886	Asilo de Alienados São Vicente de Paulo (Fortaleza)

São então fundados hospitais em grandes centros numa mística da loucura e uma prática de uma política asilar para tratamento dos alienados. É o início da hegemonia da psiquiatria biomédica com direcionamento de recursos financeiros e a valorização da idéia de que a doença está localizada no cérebro. Historicamente o

<sup>3</sup> *Alienismo* foi o nome dado ao tratamento caracterizado por ser fundamentalmente asilar, tendo no isolamento a possibilidade de tratamento para a periculosidade do louco. Instituído por Phillipe Pinel e seus apoiadores e seguidores (entre eles Benedict Morel) no início do século XIX, na França (SILVA, 2014, p.12).

Hospício Pedro II permaneceu vinculado a Santa Casa de Misericórdia até a Proclamação da República, 1890, quando passa ao controle direto do Governo Federal e adota o nome de Hospital Nacional dos Alienados.

O próximo movimento relacionado à saúde aconteceu em 1896 com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) – Lei nº 429/1896 e regulamentada pelo Decreto nº 2.458/1897 com objetivo de gerir serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, fiscalizar a medicina e a farmácia, promover estudos sobre doenças infectocontagiosas, organizar estatísticas demográfico-sanitárias e dar suporte aos estados em situações especiais como epidemias. Na presidência de Rodrigues Alves (1902-1906) atuou fortemente sobre as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola. E na gestão do médico Oswaldo Cruz<sup>4</sup> (1903-1909) incorporou serviços de higiene defensiva (Decreto nº 1.151/1904), polícia sanitária, profilaxia geral e higiene domiciliar além de criar o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e o Regulamento Processual da justiça Sanitária.

Em 1903 após uma série vergonhosa de denúncias de maus tratos na instituição a Santa Casa de Misericórdia é assumida por Juliano Moreira como diretor. No mesmo ano, no governo de Rodrigo Alves, o Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro sanciona a 1ª Lei sobre saúde mental – Lei de Assistência aos Alienados reorganizando a assistência a alienados escrita sobre influencia da legislação francesa do início do século XIX. Esta tinha como foco o estímulo a construção de asilos estaduais e a proibição do cerceamento em prisões. Uma organização história é transcrita na tabela elaborada por Silva (2014, p.22):

Tabela 3 – Legislação em saúde mental entre 1903 e 1927.		
Ano	Tipo e número	Ementa
1903	Decreto 1132	Reorganiza a Assistencia a Alienados.
1911	Decreto 8834	Reorganiza a Assistencia a Alienados.
1927	Decreto 5148	Reorganiza a Assistencia a Psicopatas no Distrito Federal.
1927	Decreto 17805	Aprova o regulamento para a execução dos serviços da Assistencia a Psicopatas no Distrito Federal.

<sup>4</sup> Sanitarista Brasileiro reconhecido no Brasil e no exterior que atuou com Carlos Chagas, Belisário Penna, Arthur Neiva e Adolfo Lutz marcando legado importante na saúde pública com estudos relacionados à descrição dos ciclos das doenças e dos vetores. Além disso, tomou frente de diversas campanhas de saneamento, no controle epidemiológico de diversas doenças, esteve à frente do instituto Soroterápico Federal (atual Fiocruz fundada em 1900) e da Diretoria Geral de Saúde. Seu trabalho também foi alvo de reações populares contrárias (Revolta da Vacina em 1904), mas continuou com seu legado que para muitos estudiosos está na raiz do próprio SUS.

A partir daí impulsionam-se mudanças na legislação em saúde mental com mudança da denominação dos internos em instituições asilares (deixam de ser denominados alienados para serem chamados de doentes mentais) e alterações nos modos de asilamento (focando em ações de tratamento e não mais apenas de reclusão social e separando os internos que respondem a ações criminais dos que os não envolvidos em questões judiciais). Como defensor do tratamento dos alienados em colônias agrícolas, em 1911, Juliano Moreira consegue aprovação para criação de uma colônia destinada ao tratamento de mulheres alienadas, localizada no Engenho de Dentro, para onde seriam transferidas cerca de 300 mulheres até então internadas no Hospital Nacional de Alienados. Essa tendência foi seguida também por Adalto Botelho nos anos 40 e 50.

Na mesma linha de raciocínio desta reorganização da assistência a alienados segue-se em áreas gerais de saúde. As práticas privadas eram atendidas pelas entidades de caridade e os serviços públicos até 1920 eram vinculados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores com foco principal em combater as endemias urbanas e rurais (destaque para o médico Oswaldo Cruz) e garantir a saúde dos portos. Em 1920 a DGSP passa por reformas e é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP - Decreto nº 14.354, de 15 de agosto de 1920) com ampliação de suas ações em serviços sanitários, de profilaxia rural e de saúde pública em todo território nacional. No ano seguinte, 1921, a Lei Carlos Chagas amplia os serviços de saúde pela ação estatal.

Em 1923, marcando o início das políticas sociais brasileiras, é promulgada a Lei Eloy Chaves que institui as Caixas de aposentadorias e Pensão (CAPs), ou seja, previdência social para ferroviários e portuários. Neste mesmo ano ocorre a Promulgação do Código Sanitário e é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental no Rio de Janeiro pelo psiquiatra Gustavo Riedel com objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais ampliando suas ações para práticas preventivas no interior das sociedades. Ou seja, saem do campo hospitalar e praticam ações junto às comunidades.

### 2.3.2 A fase da consolidação do modelo hospitalocêntrico asilar (1930 – 1966)

Em seu governo provisório (1930-1934), com a Revolução de 30, Getúlio Vargas substitui o modelo Caixas de aposentadorias e Pensão com a criação do

Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Comparando os dois modelos de atenção à saúde tem-se nos CAPs uma organização e administração empresarial em benefício dos funcionários “segurados” e nos IAPs a organização é por categoria profissional, a administração do Estado e os beneficiados são também os “segurados”.

O órgão responsável pela assistência psiquiátrica era denominado de Assistência aos Psicopatas (antes Assistência Médica aos Alienados) e pelo Decreto 19444/1930 foi transferido para o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) no MESP. Ou seja, junto ao MESP cria-se um departamento específico para tratar o tema saúde mental, sobretudo quanto à profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos, o DNSP. Num momento seguinte a responsabilidade de atender aos psicopatas volta a ser do próprio MESP.

Novas legislações quanto à saúde mental são promulgadas no referido período consolidando o modelo hospitalocêntrico asilar com novos redirecionamentos no âmbito da saúde mental influenciados também pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, a era dos psicofármacos e as discussões da Organização Mundial de Saúde no sentido da prevenção e promoção de saúde.

A primeira grande alteração foi à reforma ministerial com alteração do nome do MESP em 1937 após definições dos serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e de Saúde e o desligar-se do Departamento Nacional de Saúde Pública a Assistência a Psicopatas e do Manicômio Judiciário. Em 1941 há a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e em 1944 é criado o Centro Psiquiátrico Nacional pelo Decreto nº 7.055 e pelo Decreto 17.185 aprova o Regimento interno do SNDM. Segue a estes a promulgação do Decreto Lei nº 8.550/1946 que autorizou o SNDM a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.

Considerado como “doença” o transtorno mental em seus primórdios foi tratado exclusivamente pela classe médica, num modelo importado da Europa, através de equipamentos hospitalares (hospícios, colônias, asilos) construídos propositadamente em espaços fechados e distantes da zona urbana. Em relatos da Associação Brasileira de Psiquiatria (2006, p.11) tem-se que de 1930 a 1950 deste

tratamento no modelo manicomial asilar com recursos da Eletroconvulsoterapia<sup>5</sup> de Ugo Cerletti (1938), Insulinoterapia<sup>6</sup> de Manfred Sakel (1932), Choque Cardiazólico<sup>7</sup> de Ladislav von Meduna (1936) e Lobotomia ou Leucotomia<sup>8</sup> de António Egas Moniz (1935). Só a partir de 1950 é que a doença mental começa a ser entendida a partir de causas psicossociais e há uma nova perspectiva de tratamento com os psicofármacos (verdadeira revolução no tratamento em saúde mental).

Na década de 1950 houve crescimento da medicina previdenciária e houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) atuando no combate à malária, em pesquisas de doenças tropicais e na educação sanitária. Em 1953, ainda no Governo Getúlio Vargas, é aprovado o regimento interno do Ministério da Saúde que tem por responsabilidade cuidar da Saúde Pública (entendida até então como doenças transmissíveis e dos carentes). Neste momento desponta o crescimento do complexo médico industrial e hospitalar, em outras palavras, um modelo médico assistencial cada vez mais privatista (ALMEIDA, 2013).

Em 1954 ocorre a criação do Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, pelo incremento da indústria farmacêutica: antibióticos e psicofármacos e a OMS institui Legislação em Matéria de Assistência Psiquiátrica com criação da Comissão de Especialistas em Saúde Mental.

Em 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social e em 1961 o Decreto nº 49.974 institui o Código Nacional de Saúde e a Portaria 16.145 institui um grupo de trabalho para elaborar um Plano Nacional Moderna Assistência aos Doentes Mentais. Em 1962 é regulamentada a formação e a profissão de Psicologia e em 1963 o Decreto nº 52.464 dispõe sobre as Normas Técnicas Especiais para a

---

<sup>5</sup> Eletroconvulsoterapia é a passagem de corrente elétrica de alta voltagem na região temporal, a fim de provocar dessincronização traumática da atividade cerebral (convulsões) como terapia em casos de problemas mentais graves.

<sup>6</sup> Insulinoterapia consiste em aplicar doses altas de insulina para causar convulsões tida como eficaz para pacientes com psicoses, como a esquizofrenia.

<sup>7</sup> Choque Cardiazólico consiste em aplicação do medicamento cardiazol para provocar os efeitos semelhantes a eletroconvulsoterapia.

<sup>8</sup> Lobotomia ou Leucotomia é uma intervenção cirúrgica no cérebro em que são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas e foi utilizada no passado em casos graves de esquizofrenia.

Orientação, Organização, Funcionamento e Fiscalização das Instituições de Assistência Médico Social, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

A tabela abaixo agrupa simplificadaamente as principais leis do período numa organização destas informações feita por Silva (2014, p.33):

<b>Tabela 4: Legislações na área de saúde mental, entre os anos de 1930 e 1962</b>		
<b>Ano</b>	<b>Tipo e número</b>	<b>Ementa</b>
1930	Decreto 19444	Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública e dá outras providencias.
1931	Decreto 20889	Desliga do Departamento Nacional de Saúde a Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário.
1934	Decreto 24559	Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providencias.
1944	Decreto Lei 7055	Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora no Ministério da Educação e Saúde e dá outras providencias.
1944	Decreto 17185	Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.
1946	Decreto 8550	Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da Assistência Psiquiátrica do Território Nacional.
1953	Lei 1920	Cria o Ministério da Saúde e dá outras providencias.
1953	Decreto 34596	Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde.
1954	Lei 2312	Normas gerais sobre defesa e proteção da Saúde.
1961	Portaria 136	Constitui a Comissão Brasileira encarregada de elaborar o pensamento da Psiquiatria Nacional, que deverá ser enviado aos conchaves do ano mundial de saúde mental.
1961	Portaria 16145	Constitui grupo de trabalho para elaborar Plano Nacional de Moderna Assistência aos Doentes Mentais e Reabilitação Pura e Simples dos Enfermos (...), para instalações de clínicas psiquiátricas ou centros de reabilitação de doentes crônicos e desenvolvimento da pesquisa científica no Centro Psiquiátrico Nacional.
1962	Lei 4119	Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo.

A Era Vargas é também um momento importante nessa fase (República Velha para o Estado Novo) com a separação dos Ministérios da Educação e da Saúde (Decreto 20.889/1931). Contudo, do Império até 1960 a atenção em saúde mental era exclusivamente no modo hospitalar de asilamento. Neste período algumas legislações foram modificando as condições de atendimento neste ambiente e, aos poucos, reconhecendo estendendo a assistência a este público. Segundo Venetikides, Maceno, Pedotti e Moysés (2003, p.17): “O Decreto nº 24.559, de 1934 dispunha sobre a ‘assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas’”. Com suas prerrogativas baseadas em posturas higienistas e reclusivas ancoradas



em processos do mercado capitalista na saúde, teve como consequências a formulação de uma visão errônea acerca de quem é o doente mental. Além disso, o uso de tratamentos biológicos agressivos com estratégias tecnológicas e medicamentosas excessivas e danosas aos usuários, ao superpovoamento das instituições hospitalares e situações sociais, políticas e econômicas precisavam ser repensadas e revertidas. Em 1954, na Lei 2312, dispõe-se sobre a assistência em saúde mental e a garantia de direitos aos psicopatas com um primeiro olhar ampliado e preventivo da psiquiatria.

O ano de 1960 foi um ano importante para o tema saúde mental por ter sido o ano mundial da Saúde Mental uma ação de âmbito internacional lançada pela Federação Mundial para a Saúde Mental, com sede em Londres, e com a colaboração de outras entidades (no Brasil a Liga Paulista de Higiene Mental). O foco foi de promover atividades de divulgação do tema com informação em massa e debates acadêmicos preconizando melhores cuidados em níveis psíquicos.

A partir do final da década de 1960, sob influência das reformas em esferas internacionais (Reforma Psiquiátrica) na década anterior, iniciam-se as mais significativas mudanças com a saúde mental sendo pauta de discussões frequentes e de uma reorganização do seu modelo de atenção à saúde e ampliando os estudos científicos aplicáveis ao campo da saúde mental. Como exemplos surgem com Maxwell Jones propostas de efetivação das comunidades terapêuticas na Inglaterra; na França inicia processo de setorização na psiquiatria; a Psiquiatria Democrática Italiana; nos EUA pratica-se a psiquiatria comunitária e em vários lugares desenvolvem-se inovações mais radicais como a antipsiquiatria (VENETIKIDES, MACENO, PEDOTTI, MOYSÉS, 2003; AMARANTE, 2007; PASSOS, 2009). Fundamentalmente a mudança mais significativa foi a mudança de perspectiva em saúde mental não mais nomeando os casos em termos de doença mental, mas sim saúde mental e visando ações preventivas (nova designação de saúde mental da OMS<sup>9</sup>: saúde mental como equilíbrio biopsicossocial). Surge então a divisão da saúde em Atenção primária, secundária e terciária em Saúde e a assistência psiquiátrica é incorporada a saúde pública e constitui-se a Psiquiatria Comunitária (COSTA, 2003, p.9).

---

<sup>9</sup> OMS (Organização Mundial da Saúde) é órgão da ONU criado após a Segunda Guerra Mundial com o objetivo de cuidar da saúde dos povos do mundo.

### 2.3.3 A fase da reforma psiquiátrica e da implantação do modelo de atenção psicossocial (1966 – 2001).

Durante o regime militar (1964-1985) houve uma nova modificação unificando os modelos de atenção à saúde no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), precisamente em 1966, que acabou por viabilizar o processo de capitalização da medicina e a assistência psiquiátrica foi estendida a todo trabalhador e seus dependentes. A saúde mental foi se tornando mais viável a comunidade no geral por meio de iniciativas públicas e privadas diversas o que pode ser verificado na tabela:

<b>Tabela 5 - Adaptação da Síntese da Trajetória das Políticas de Saúde e Saúde Mental no Brasil Período da Ditadura Militar (1964 – 1985)</b>	
<b>Ano</b>	<b>Acontecimento</b>
1966	O Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, substitui os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões por categorias de trabalhadores.
1967	Campanha Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde - Decreto nº 60.252 – tem objetivo de ampliação e distribuição de ambulatórios de saúde mental no país e diminuir o déficit nas internações psiquiátricas.
1970	SNDM é extinto e substituído pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) que, formado pelo Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carvalho passa a responder pela normatização, avaliação e controle dos programas de saúde mental no Brasil.
1972	OPAS e Ministério da Saúde assinam “Acordo para a execução de um Programa de Saúde Mental no Brasil”.
1973	Manual de Serviço valorizando a psiquiatria de comunidade para a assistência extra-hospitalar. Resolução nº 304 do INPS.
1974	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social.
	Ministério da Saúde estabelece sistema hierarquizado e regionalizado de saúde mental. Portaria nº 32.
	OMS – Comitê de especialistas em saúde mental, em outubro- Genebra.
1975	Lei 6.229 cria o Sistema Nacional de Saúde estabelecendo os campos institucionais da saúde coletiva e da saúde individual.
	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS – Recomendações da Conferência de Alma-Ata.
1976	Criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES.
	Promulgação da Lei nº 6.368/1976 – “Lei de Entorpecentes” – que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes e prevê a modalidade de tratamento extra-hospitalar para os dependentes cujo quadro clínico não requeira internação.
1977	Adotada pela Assembléia Mundial de Saúde da OMS a meta de Saúde para Todos no ano 2000, na IV Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas.
	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.
	Criação do Plano Nacional Integrado de Saúde Mental.
	1º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, São Paulo.
	Criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Abrasco.
	3º Congresso Mineiro de Psiquiatria com a presença de Franco Basaglia e Robert Castel.
1978	Plano Integrado de Saúde Mental – PISAM - foi estabelecido prevendo a formação das primeiras equipes multiprofissionais de saúde mental nas coordenações estaduais de saúde, e a formação de médicos generalistas para atender ao público da saúde mental.
1980	2º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador.
1982	INAMPS. Portaria nº 3.108, de 21 de dezembro.
1983	Implantação das Ações Integradas de Saúde, AIS.

Fontes: FARIA, 1981; FEE, 1983; COSTA, 1986; COSTA, 1989; DELGADO, 1994; GUIMARÃES; TAVARES, 1994; AMARANTE, 1995a; HOCHMAN, 2005; FIOCRUZ, 2005; RAMOS, GEREMIAS, 2006 Apud SILVA (2014).

As ações do Ministério da Saúde descritas na tabela demonstram influência dos movimentos e inovações na psiquiatria europeia e o interesse brasileiro em melhorar sua atenção em saúde mental com estudos na área e políticas públicas mais estruturadas.

Na década de 1970, no famoso “milagre econômico brasileiro”, a Itália estava em pleno vapor com sua luta antimanicomial e no Brasil consolidava-se o Movimento Popular de Saúde que lutava por uma política pública de saúde e houve a “crise da DINSAM” a partir do surgimento de denúncias nos hospitais de sua responsabilidade e é deflagrada uma greve geral pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM que influenciará mudanças na atenção à saúde.

Com o “Acordo para a execução de um Programa de Saúde Mental no Brasil”, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e o lançamento, em âmbito federal, da terceira versão do Manual de Assistência Psiquiátrica com foco em caráter preventivista e comunitário tem-se a política de atenção sendo reformulada em alinhamento com o novo conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde – a OMS: processo saúde/doença relaciona-se com modo de vida, origem e as referências das pessoas, respeito às diferenças individuais e exercício da cidadania (bem-estar biopsicossocial).

Como marco das proposições da III Conferência Nacional de Saúde e da Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975 com lógicas de municipalização de saúde foi instituído o Sistema Nacional de Saúde. Assim coube ao Ministério da Saúde apresentar em 1977 na VI Conferência Nacional de Saúde a proposta sobre a Política Nacional de Saúde:

o objetivo da Política Nacional de Saúde é, dando prosseguimento a uma série de atos governamentais, especialmente a lei que organiza o Sistema Nacional de Saúde, estabelecer diretrizes para a operação do setor de produção de serviços de saúde, no que se refere ao âmbito da atuação e ao relacionamento entre as diversas instituições, níveis de governo e o setor privado, visando à operação do Sistema a máxima cobertura populacional com os melhores resultados possíveis face aos recursos empregados (ALMEIDA, 2013, p.15).

No relatório final desta mesma conferência define-se “a regionalização dos serviços composta por uma rede única de complexidade crescente” (ALMEIDA,

2013, p.74). Tem-se aqui as primeiras idéias de municipalização da saúde. Na sequência, inspirado no modelo norteamericano o Ministério da Saúde (MS) lança em 1978 o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) prevendo as primeiras equipes multiprofissionais em saúde mental.

Na mesma lógica de capilarização das ações em saúde mental, em 1978, acontece a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde (OPAS/OMS, 1978) que, por acontecer na cidade de Alma-Ata na antiga URSS, tem como famoso documento final a Declaração de Alma-Ata. Nesta, conforme resumido por Souza e Santos (2014, p. 30):

coloca-se que a atenção primária refere-se aos cuidados essenciais de saúde, cientificamente sustentados e que usa tecnologias e métodos socialmente aceitáveis, feitos de forma universal para indivíduos e famílias e com um custo adequado à comunidade e ao país [...] É parte integralizada do sistema de saúde do país [...] O primeiro nível de contato com os indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível de onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se no primeiro elemento do processo contínuo de atenção à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p.2).

Assim, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que se inicia na década de 1970 ganha forças alinhado à proposta de Atenção Primária à Saúde (1978) mobiliza a comunidade em torno das mudanças necessárias na Política de Saúde do país. Por estas colocações tem-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal ponto de atenção na solução dos principais problemas de saúde da população incluindo os de saúde mental. Ainda, a Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO, 2007) também considera a APS como ponto de atenção mais equitativo na organização dos sistemas de saúde.

No início de 1980, em meio ao colapso da Assistência Médica da Previdência Social, aconteceu a VII Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema a extensão das ações de saúde através de serviços básicos com foco aos cuidados primários de saúde, reforçando as propostas políticas de Alma-Ata (1978). Neste evento foram lançadas as bases para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE (ALMEIDA, 2013) que enfatizava a prática curativa simplificada, confundia a assistência pobre aos pobres e se restringiu a uma reordenação do setor público prestador de serviços de saúde (CONASP – o Plano

de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social). O instrumento deste plano para reorganização dos gastos com saúde foram os AIS (Ações Integradas de Saúde) que propunham repasse de recursos para estados e municípios para organização dos serviços de saúde locais.

Da Nova República com a transição democrática através de eleições diretas até o início do século XXI (1985 – 2001) é permeada por crise no sistema financeiro que impacta o financiamento na saúde, por denúncias em relação aos tratamentos de saúde do momento e por propostas alternativas de uma nova política de saúde.

Inicialmente, em 1985, o Ministro da Previdência e Assistência Social, Waldir Pires, toma como medidas: a universalização da clientela dos Hospitais Universitários que passa a atender também os indigentes; revisão dos valores pagos a estes hospitais reduzindo a defasagem destes pagamentos em relação aos pagamentos a instituições privadas; maior articulação entre hospitais privados e público com vistas a eliminar a capacidade ociosa; descentralização e democratização das estruturas administrativas que passam a ser delegadas ao INAMPS; e, apoio e reforço das estruturas colegiadas de programação, avaliação e controle em todos os níveis.

Este também representa um momento das instituições pelas reformas no campo da saúde mental e contam com apoio e participação do MTSM e de segmentos do movimento sanitário. Vários outros fatos são marcantes no período:

<b>Tabela 6 - Adaptação da Síntese da Trajetória das Políticas de Saúde e Saúde Mental no Brasil - Período da Nova República ao início do século XXI (1985 – 2001).</b>	
<b>Ano</b>	<b>Acontecimento</b>
1986	Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru.
	8ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Democracia é Saúde”.
	1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), Ottawa – Canadá.
1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS - Decreto nº 94.657 - aproximando a Previdência Social e o Ministério da Saúde.
	1ª Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro.
	DINSAM lança o “Manual de Orientação para Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental”.
	Inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil – CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira (conhecido como CAPS da Rua Itapeva) em São Paulo e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Bauru – SP.
1988	Nova Constituição Federal.
	Decreto nº 95.95.861/1988 acelera a transferência da gestão das unidades do INAMPS para a administração estadual e municipal com cessão de móveis e mobiliários e transferência de recursos financeiros para custeio e investimentos.
1989	Transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde.
1990	Declaração de Caracas – OPAS com o primeiro desenho da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.
	I e II Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial realizados em

	São Paulo e Rio de Janeiro.
1991	<p>ONU. Resolução nº119. Declaração sobre A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental.</p> <p>Portaria nº 189 da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) altera as regras de financiamento das ações e serviços de saúde mental.</p> <p>Reorientação dos serviços de saúde culminou com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).</p>
1992	<p>2ª Conferencia Nacional de Saúde Mental em Brasília.</p> <p>Portaria SNS nº 224 regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental no Brasil e incorpora novos procedimentos à tabela do SUS.</p> <p>Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) nº 407 cria o código de procedimentos para hospitais psiquiátricos para as instituições que estavam desalinhadas com a Portaria SNS nº 224.</p>
1993	<p>I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Salvador, Bahia.</p> <p>Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental produzida pelos participantes do III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos - SP.</p>
1994	<p>Portaria SAS nº 145 constitui Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAPS) com objetivo de supervisão, controle e avaliação da assistência psiquiátrica em saúde mental.</p> <p>Portaria SAS nº 147 passa a exigir um projeto terapêutico das instituições psiquiátricas.</p> <p>O Programa Agente Comunitário de Saúde teve ampliada sua equipe com médicos e auxiliares de saúde sendo integrados ao grupo e teve mudanças em sua nomenclatura passando a se chamar Programa Saúde da Família (PSF).</p>
1995	II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Belo Horizonte – MG.
1996	IV Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Franco da Rocha - SP.
1997	III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Porto Alegre – RS.
1998	Última reunião da CNRP (Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica) que tem seu nome alterado para Comissão Nacional de Saúde Mental (CNSM) com objetivo de ampliar sua atuação e diante da avaliação da Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda não plenamente implementada. Numa nova configuração reduziu-se de 3 para 2 vagas de representantes do Movimento da Luta Antimanicomial.
1999	<p>V Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Betim – MG.</p> <p>IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Paripueira – AL.</p> <p>Portaria GM nº 1077 traz uma legislação responsável regulamentando a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica, aprova a implantação do Programa para aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental.</p> <p>Lei nº 9.867 precursora da reabilitação psicossocial e integração social viabilizou a inserção psicossocial das pessoas em desvantagens no mercado econômico (inclusive pacientes psiquiátricos) através da criação de Cooperativas Sociais.</p> <p>Resolução nº 298 do Ministério da Saúde constitui uma Comissão de Saúde Mental com objetivo de assessorar o plenário do Conselho Nacional de Saúde na formulação de políticas de Saúde Mental.</p>
2000	<p>A Portaria GM nº 106 de 2000 regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que reestruturam o modelo de assistência a pessoa em sofrimento psíquico por seu objetivo de viabilizar inserção social ofertando moradias destinadas aos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuem suporte social e vínculos familiares.</p> <p>Portaria GM nº 799 de 2000, dando continuidade a reversão do modelo psiquiátrico asilar “hospitalocêntrico” determina a avaliação, supervisão e regulamentação dos serviços em saúde mental do SUS.</p>
2001	Lei federal nº 10.216/2001 “a lei da reforma psiquiátrica” redireciona o modelo assistencial em saúde mental e garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Fonte: Dias (2012) apud SILVA (2014), Almeida (2013).

Os diversos eventos relacionados à temática saúde mental que aconteceram desde o final do Regime Militar até este período mencionado na tabela também foi fator motivador de um movimento social chamado Reforma Sanitária promovido por acadêmicos, pesquisadores, instituições formativas, profissionais, sindicatos, entidades comunitárias e sociedades científicas (ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação Saúde Coletiva, SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). Este movimento questionava o modelo médico privatista da assistência social e tinha como foco a democratização da saúde. Assim, a Reforma Sanitária brasileira foi base para criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma proposta inicial ainda em 1979.

A emergência dos planos de saúde privados, sobretudo a partir da década de 1980, subsidiados com recursos federais de forma ininterrupta e crescente representou o interesse de classes dominantes e impactou nas decisões e investimentos das Políticas Públicas. Das consequências desse posicionamento do Estado tem-se principalmente a falta de investimento na capacidade instalada pública, terceirização privatizada em unidades públicas, tensão e angústias entre os gestores descentralizadores do SUS, a visão do SUS ser para pobres.

Neste período, a VIII (8ª) Conferência Nacional de Saúde, com tema central “Saúde como um Direito” e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (Ottawa, Canadá, 1986) com a Carta de Intenções intitulada “Saúde para Todos no Ano 2000 e Anos Subsequentes” trouxeram bases para os princípios e diretrizes do SUS e por isso representam um marco histórico na saúde brasileira.

Em 1987 na I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, seguindo a lógica e o embalo da Reforma Sanitária, propõe uma revisão do modelo manicomial baseado no modelo basagliano (rumo aos serviços extra hospitalares executado por equipes multiprofissionais). Este movimento ganha o nome Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, traz o lema “Por uma sociedade sem manicômio” e congrega esforços a luta por mudanças no plano legislativo na busca de assegurar a atenção ao portador de transtorno mental em seu meio cultural e social, a construção de sua cidadania e poder de trocas sociais. O Projeto de Lei nº 3.657 / 1989 – “Lei Paulo Delgado” - propõe a extinção progressiva dos manicômios

e sua substituição por novas modalidades de atendimento representa o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo:

Nas décadas de 1980 e 1990 o processo brasileiro de reforma psiquiátrica constituiu um novo cenário para a saúde mental, pois foram marcadas por inúmeras experiências antimanicomiais inspiradas no modelo de Trieste-Itália. Novos serviços de caráter extra-asilar foram implantados em todo o país ao longo destas duas décadas, na tentativa de resgatar a singularidade e a complexidade do adoecer psíquico (Belmonte, 1998). Desse modo, o século XXI desponta com o desafio de avançar na implementação das propostas de desinstitucionalização, tão cara a luta Antimanicomial, rompendo as barreiras da inércia habitual dos serviços públicos (NOGUEIRA; COSTA, 2007, p.4).

Acompanhando o movimento da reforma sanitarista, o movimento Reforma Psiquiátrica, pressiona por mudanças no modelo de atenção à saúde mental a partir de 1980. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como uma proposta de desinstitucionalização manicomial de forma semelhante como ocorrido em Gorizia e Trieste/Itália através da Lei 180 (1978) – Franco Basaglia – propondo o fechamento dos hospitais psiquiátricos. É a busca pela emancipação do louco e da loucura buscando novos paradigmas e interpretações da realidade de forma a superar a simples distinção entre “normal” e “patológico”.

Neste modelo antimanicomial, desospitalização difere de desinstitucionalização. O primeiro termo diz respeito a criação de equipamentos que oportunizem alternativas de cuidados inclusivos. O segundo termo refere-se uma mudança de olhar para o sujeito e não mais para doença e, conseqüentemente, o cuidado deixa de ser apenas medicamentoso e dá espaço para outras propostas terapêuticas (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Centros de Referência em Saúde Mental, Residências Terapêuticas, entre outros). A desinstitucionalização é então um trabalho terapêutico e transformação das relações de poder entre sujeito e instituições como afirma Nogueira e Costa (2007, p.6) parafraseando Rotelli et al (2001, p.33):

talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento-‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento”. Assim, seu principal objetivo é a transformação das relações de poder entre instituição e paciente, uma vez que “a perícia, ato soberano mais que qualquer um outro, pode continuar a decidir pela



ausência total de intelecto e vontade de um sujeito zerando-o” (NOGUEIRA E COSTA, 2007, p. 62).

A Política Pública de Saúde no Brasil seguiu-se influenciado pelo processo de redemocratização e teve ápice na promulgação da saúde como direito de todos e dever do Estado em um artigo da Constituição Brasileira de 1988 como citam dois especialistas em Gestão Pública pela Universidade Federal do Maranhão:

Para a Constituição federal de 1988, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (Brasil, 1988), Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SOUSA; BATISTA, 2012, p.1).

Assim, mudanças na Assistência em Saúde Mental acirram-se após a concepção de Saúde Pública na Constituição de 1988, a Lei orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) e a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental) que juntas culminam com a regulamentação legal do SUS no tema de saúde mental. Ou seja, o Movimento Sanitarista da década de 1970 e o Movimento Psiquiátrico das duas décadas seguintes são influências muito importantes para a regulamentação da Política Pública de Saúde Mental no Brasil.

A Constituição de 1988 traz para a saúde o conceito de seguridade social (assegura direitos à saúde, previdência e assistência social a contribuintes e não contribuintes), de universalidade de cobertura e a proposta que é dever do Estado garantir a saúde como ação intersetorial, econômica e social:

Com a promulgação da Constituição de 1988 e com a sanção das Leis 8.080/ 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/1990 foi criado e regulamentado o Sistema único de Saúde (SUS), que significou grande avanço na assistência à saúde em nosso país, cujas ações devem obedecer aos seguintes princípios e diretrizes:

- **Universalidade:** a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar esse direito;
- **Equidade:** princípio de justiça social que procura tratar desigualmente os desiguais e investir onde há mais necessidade;

- **Integralidade:** considera a pessoa como um todo. Pressupõe a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação e a integração entre as demais políticas públicas;
  - **Descentralização e Comando Único:** descentralização de poder e de responsabilidades entre as esferas de governo.
  - **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em uma área geográfica por níveis de complexidade crescente;
  - **Participação Popular:** por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, com o objetivo de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.
- O modelo de assistência em saúde mental deve obedecer a estes princípios e diretrizes.  
(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2006, p.11).

Em meio a um processo de redemocratização do Brasil as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 define o SUS como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

O SUS tem como um de seus princípios “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (SOUZA, 2015, p.98). Gerido pelo Ministério da Saúde o SUS, em sua complexidade, envolve instituições e equipamentos públicos (da União, Estado e Município) e privados organizados por diretrizes da descentralização, universalidade, igualdade, integralidade e participação comunitária. Entre seus objetivos e atribuições estão a assistência às pessoas, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. O SUS assume o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e tem outros programas de destaque como os Bancos de sangue (Hemobrás), o Sistema de Informações Hospitalares (DATASUS), entre outros.

A mobilização pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde para a implantação do SUS trouxe engajamento particularmente intenso do Paraná. As primeiras iniciativas de descentralização dos serviços de saúde aconteceram na cidade de Londrina (por iniciativa da Medicina Comunitária da Universidade Estadual de Londrina – UEL). Outros municípios brasileiros seguiram o mesmo caminho: Niterói (RJ), Campinas (SP) e no Paraná – Cambé, Ibiporã, Curitiba, Ponta Grossa e Cascavel (ALMEIDA, 2013).

Em meados de 1993 a 1995, em Curitiba – PR, faz-se diagnóstico da realidade de saúde mental no município e com uma política de descentralização das ações criam-se Distritos Sanitários numa parceria com o governo canadense

(Programa Cidades Sustentáveis e o Programa Saúde da Família). A Pontifícia Universidade Católica do Paraná entrou como parceira oferecendo curso de Especialização em Saúde Mental Comunitária a 35 profissionais da rede municipal de Saúde, Centro Psiquiátrico Municipal (CPM) e Núcleo Terapêutico Menno Sinons. Na época, saúde mental representava 11,7% das AIHs (Autorização para Internamento Hospitalar) de Curitiba com tempo médio de 36,5 dias de internamento indicando elevação dos custos da saúde e, por isso, em 1994, o item saúde mental entra definitivamente nos 12 temas estratégicos para a Secretaria Municipal de Saúde e foi tema recorrente de duas Conferências Específicas locais (Construindo Modelo de Atenção à Saúde Mental em Curitiba).

As ações de saúde mental capilarizadas na comunidade advêm também das atividades da atenção primária através do Programa Saúde da Família (PSF) e sua expansão, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 1992, época de implantação e consolidação deste citado modelo de atenção em que se enfatiza a aproximação com a comunidade e os princípios da desinstitucionalização em saúde mental e do SUS o relatório final da II Conferência de Saúde Mental em Brasília teve como encaminhamento a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP). Esta se instalou em 1993 em caráter consultivo e sendo subordinada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na legislação em saúde mental entre 1992 e 1996 várias leis em unidades federativas brasileiras foram aprovadas (SILVA, 2014, p.66):

<b>Tabela 7 – Leis reformistas nas UF por ano.</b>		
<b>Ano</b>	<b>Estado</b>	<b>Lei Estadual/Distrital</b>
1992	Rio Grande do Sul	9716/1992
1993	Ceará	12151/1993
1994	Pernambuco	11065/1994
1995	Rio Grande do Norte	6758/1995
1995	Minas Gerais	11802/1995
1995	Paraná	11189/1995
1995	Distrito Federal	975/1995
1996	Espírito Santo	5267/1996

Fonte: SILVA (2014, P.66).

Aqui o destaque fica com a legislação paranaense que no final do século XX dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com os transtornos mentais.

Nacionalmente, familiares do Movimento da Luta Antimanicomial manifestam seu desagrado com a redução paritária de seus participantes no Movimento da Luta Antimanicomial em relatórios do V Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial (NESMAL, 1999) e questionam a qualidade dos serviços residenciais terapêuticos e as estratégias de reinserção social no relatório do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Paripueira/AL (NESMAL, 1999). Ainda em 1999 é regulamentada a assistência farmacêutica à saúde mental (Portaria GM nº 1077 de 1999) são implantadas ações precursoras da reabilitação psicossocial e integração social (Lei nº 9.867) e é constituída uma Comissão de Saúde Mental com objetivo de assessorar o plenário do Conselho Nacional de Saúde na formulação de Políticas de Saúde Mental (Resolução nº 298 do MS).

Assim, desde 1999, leis, portarias e resoluções do ministério da saúde priorizam o atendimento ao portador de transtorno mental em sistema comunitário e vem incentivando a estruturação das redes de atenção em saúde mental e a implantação de equipamentos extra hospitalares. Com isso, tem-se início a segunda fase da história da saúde mental (modelo saúde mental comunitária)... A partir daí começam a ser implementada uma rede de cuidado em saúde mental que segue os preceitos antimanicomiais, com instituições como os centros e núcleos de atenção psicossocial, os serviços de residências terapêuticas, os hospitais-dia, o programa “de volta para casa”, além das internações em hospitais gerais e, uma década mais tarde, os atendimentos prestados pelas equipes de saúde na atenção básica.

O ano de 2001 representa um marco para a saúde mental, teve debates em torno do eixo temático “Reorientação do Modelo Assistencial” na III Conferência Nacional de Saúde Mental e foi escolhido pela OMS como o ano da saúde mental. Neste ano, o dia mundial da saúde – 07 de abril – trazia o lema “Saúde Mental: cuidar sim, excluir não”. O desafio de cuidar sem segregar tem na atenção básica uma estratégia importante devido a sua posição de cuidar dos sujeitos em seu próprio território e reforça a importância da reorientação do modelo assistencial em saúde:

Esta proposta está, também, em conformidade com um documento da WHO (2007) que dispõe diretrizes que deveriam ser incorporadas pelas políticas públicas de saúde mental: 'ampliar de modo decisivo a oferta de ações de saúde mental na atenção primária, especialmente nas equidades de saúde da família e de agentes comunitários de saúde' (SOUZA, 2015, p. 76-77).

Ao longo da história e da consolidação do SUS a elaboração da política de saúde mental passou por grande transformação, sobretudo no final do século XX através do movimento da luta antimanicomial e é fruto de uma mobilização de usuários e comunidades a partir 1980 e culmina com a lei federal nº 10.216/2001 que é um marco na história da Reforma Psiquiátrica e redirecionando o modelo de atenção em saúde mental (GARCIA; SANTANA; PIMENTEL; KINOSHITA, 2015, p.86): “a lei federal nº 10.216, de 06 de dezembro de 2001, lei da reforma psiquiátrica, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas”.

Nesse caminhar a política de saúde mental evolui de um modelo médico e “hospitalocêntrico” para um modelo de assistência comunitária e multidisciplinar delineado por um paradigma de descentralização da saúde e um modelo de acompanhamento psicossocial. Nos pilares da atenção de saúde mental surge a perspectiva de reabilitação psicossocial e esta revoluciona a prática de exclusão que perpassa toda a história da saúde mental desde as masmorras da idade média. Com a premissa da reabilitação e da assistência comunitária passa a ser foco da atenção em saúde mental a manutenção do usuário em sua comunidade, em seu meio social.

Tornam-se mais importantes ainda essas mudanças no modo de atenção ao se considerar que a prevalência dos transtornos mentais é mundialmente relevante (SOUZA, 2015, p.25): Dentre os dez fatores apresentados no relatório da World Health Organization (WHO, 2001) como mais incapacitantes da saúde quatro são da saúde mental (depressão, drogas, esquizofrenia e transtorno bipolar). Passa-se do modelo biomédico para intervenções diversificadas e interdisciplinares em âmbito comunitário.

#### 2.3.4 A reorganização do modelo de atenção com expansão da territorialização e da atenção comunitária.

Nacionalmente, a rede de atenção à saúde mental é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), uma política pública de saúde constituída de uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, que foi instituída pelas leis federais 8080/1990 (Instituída pela Constituição de 1988, é a Lei Orgânica de Saúde, dispõe sobre princípios e diretrizes do SUS) e 8142/90 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde).

Quanto à saúde mental pode ser diferenciada em três diferentes modelos de atenção ao paciente em saúde mental que evoluem sucedendo-se ao longo da história da Política Pública de Saúde Mental Brasileira conforme tabela a seguir:

**Quadro 1- Modelos de Atenção ao Paciente**

<i>Conceitos</i>	<i>Modelo Biomédico</i>	<i>Saúde Mental Comunitária</i>	<i>Saúde da Família</i>
Saúde Mental	Ausência de distúrbio mental	Condição dinâmica Bio-psico-social-espiritual	Saúde é um valor coletivo, como a sociedade constrói sua qualidade de vida. É questão de cidadania.
Responsabilidade pela Saúde Mental	Âmbito Particular. Indivíduos se resguardem e obtenham apoio profissional quando necessário.	Compartilhada entre indivíduos, famílias, grupos sociais e de trabalho, comunidades, instituições públicas, programas especializados em SM.	Promoção de saúde, equipe fomenta atenção integral e autocuidado. Interrelacionamento família e comunidade.
Atendimento ao Doente Mental	Prestadores de serviço	Família, amigos. A ajuda especializada ocorrerá quando necessário, tendo como objetivo informar, educar e prestar serviços diretos em situação complexa.	Atendimento centrado na pessoa e em sua estrutura sócio-familiar e comunitária. Encaminha e acompanha quando necessário.
Sistema de Saúde Mental	Livre mercado; doentes são removidos da comunidade para a custódia, a sociedade é protegida dos que tem 'desvio'	Promoção de Saúde Mental previne o distúrbio mental, oferece serviços de intervenção em crises, avaliação e tratamentos rápidos, internação psiquiátrica quando necessário, oferece suporte, envolve como participante ativo no planejamento de um sistema responsivo e comprometido	A equipe de PSF, composta por diferentes profissionais, assume estratégias de atendimento na US, visita domiciliar, criação de grupos de ajuda. Atende, orienta e apóia. Encaminhamentos especializados em casos de crise, e no retorno acompanhamento
Indivíduo e Família	Espectadores passivos do processo não envolvidos no processo terapêutico	Participantes ativos e co-responsáveis do processo	Compreensão social do paciente, de sua família e da comunidade em que se insere

Relação entre famílias e Profissionais.	Distanciamento. A família e os amigos, muitas vezes são considerados incapazes de ajudar	Relação de Parceria	A relação equipe-família é alvo central na S. F. Vínculo, confiança e trabalho conjunto
---	--	---------------------	---

Fonte: Quadro 2 – Modelos de Atenção ao paciente apud VENETIKIDES, MACENO, PEDOTTIM MOYSES, 2003, P.133.

Neste momento do texto abordaremos a transição do modelo saúde mental comunitária para o modelo saúde da família.

A reorientação do modelo de assistência cada vez mais voltado à atenção básica segue a história da inserção da atenção básica em âmbito comunitário. Essa história inicia em 1991 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No caso era focada a resolução de um problema específico no nordeste do País, especialmente no Ceará. Por seu resultado expressivo, em 1994, teve ampliada sua equipe com médicos e auxiliares de saúde sendo integrados ao grupo e teve mudanças em sua nomenclatura passando a se chamar Programa Saúde da Família (PSF). Dentre as ações deste estavam: proteção, prevenção, promoção de saúde, cura e reabilitação de doenças; atuação territorial; equipe multiprofissional com composição mínima definida; ter seus agentes comunitários residentes no mesmo território; participação da comunidade nas ações de educação e promoção da saúde; formação de recursos humanos em saúde; atenção integral e contínua; integração ao sistema de saúde local; remuneração diferenciada (Piso de Atenção Básica – NOB 96) e estímulo ao controle social.

Mais uma vez diante resultados exitosos em vários municípios brasileiros (Assis – SP, Brumadinho – MG, Campina Grande – PB, Londrina e Curitiba –PR e Camaragibe – PE) teve nova expansão com repasse de recursos federais aos municípios e tornando-se uma estratégia com a nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF). “O ESF reforça e fortalece as propostas de Atenção Primária à Saúde que, em função das características de construção do SUS e mesmo da ESF, passou a ser denominada também de Atenção Básica”. (ESPAÇO PARA A SAÚDE, 2015, p.54).

Em 2002, mais quatro portarias dão continuidade ao processo de desinstitucionalização. A Portaria GM nº 251/2002 propõe a redução progressiva dos leitos psiquiátricos estabelecendo a reclassificação dos hospitais e a porta de entrada para as internações psiquiátricas de acordo com o porte do hospital e a qualidade de atendimento ofertada. A Portaria GM nº 336/2002 cria mecanismos de

financiamento próprio para a rede de atenção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) consolidando e ampliando a proposta de tratamentos substitutivos a hospitalização e ainda estabelece que esses serviços devem funcionar segundo a lógica do território.

Nesse sentido, é necessário considerar os processos de continuidade e descontinuidade na questão de território e também a pluralidade dos sujeitos delimitando o que podemos chamar de fronteiras de uma “subrede”. Dentro destas características, tem-se a possibilidade de dominar sem presença física, a subordinação de poderes legitimados ao movimento do capital e de um tempo de fluxo contínuo ou transtemporalidade. Em outras palavras, entende-se que a concepção de território é o somatório de um grupo articulado através de fluxos em uma rede em um determinado espaço como afirma Saquet e Dematteis (2007, p.163): “o território é resultado e condição da reprodução da relação social-natural. [...] Produzimos o (s) território (s) e territorialidade (s)”. Um território e suas políticas dinâmicas, ou seja, que estão sempre se reconstruindo e que, por isso, nunca terão um único ideal.

No período de 2001 a 2005, de acordo com Souza (2015, p. 31 e 32) o Ministério da Saúde realizou eventos anuais com gestores e profissionais de saúde com foco a melhor desenvolver a estratégia de inclusão da saúde mental na atenção básica:

- ✓ 2001: oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional da Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica;
- ✓ 2002: Seminário Internacional sobre saúde mental na atenção básica.
- ✓ 2003: Oficina de saúde mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva “Desafios da integração com a Rede Básica”;
- ✓ 2004: Oficina no I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial;
- ✓ 2005: Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental.

Em tempo, a Portaria GM nº 816/2002 institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas propondo articulação de ações desenvolvidas pelas três esferas de governo



na promoção de atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas. A Portaria SAS nº 305 / 2002 aprovou normas de funcionamento e cadastramento dos CAPS para atendimento de pacientes causados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Consolidando a desinstitucionalização proposta pela Lei nº 10.216 em 2003 é promulgada a Lei 10.708 de 2003 que cria o Programa de Volta Para Casa instituindo o auxílio reabilitação psicossocial, acompanhamento e integração social de pessoas acometidas de algum sofrimento psíquico com histórico de internação de longa permanência em instituição psiquiátrica.

Diante de demandas para atenção psiquiátrica infanto-juvenil a Portaria GM nº 1946 de 2003 cria o Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental das Crianças e Adolescentes como espaço de articulação intersetorial. Na mesma lógica, a Portaria GM nº 1.947 de 2003 aprova o Plano Estratégico para expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi).

Desde 2004 os CAPS ocupavam lugar estratégico na rede de atenção de saúde mental com papel de articulação intersetorial, ou seja, responsável pelo direcionamento local das políticas e programas de saúde mental. Dentro desta perspectiva de articulação intersetorial que surge nas Políticas Públicas de Saúde Mental nesta virada de século as políticas são também reflexos dos processos de redes num exercício contínuo e descontínuo de poder onde as decisões são a expressão de uma correlação de forças e arranjos sociais num contexto que é fruto de embates e conflitos de posições e percepções de uma dada situação ou contexto.

Em 2005, na Conferência Regional para Reforma dos Serviços de Saúde Mental realizada em Brasília algumas diretrizes das mudanças que a Política de Saúde Mental vinha tomando foram reforçadas:

Entre as recomendações da 'Carta de Brasília', documento resultante dessa Conferência, encontra-se a de que os serviços de saúde mental mantenham vínculos sólidos com os serviços de atenção primária e que estes possam ser altamente resolutivos. Portanto, explicita e reitera a importância da inclusão das ações de saúde mental no âmbito da atenção básica (SOUZA, 2015, p.77).

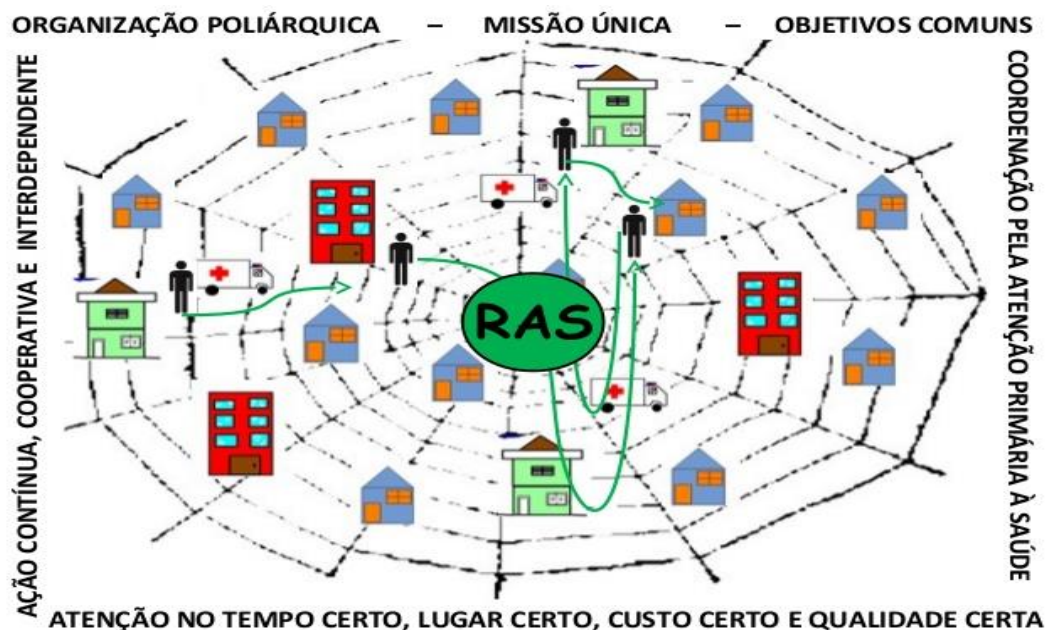
Em 2006, a Lei nº 11.343 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) tem-se as primeiras ações da Política de Saúde Mental na

atenção relacionada às drogas. Estabelece medidas preventivas no uso indevido, atenção e reinserção social de usuários de drogas e normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Em 2007, o Decreto nº 6.117, aprova a Política Nacional sobre o Álcool e expõe os princípios fundamentais para a redução dos problemas sociais e de saúde relacionados ao uso e abuso de álcool.

Em 2008, a Portaria nº 154 cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com objetivo de ampliar e fortalecer as ações da atenção básica, inclusive na saúde mental, e assim favorecer a inserção do ESF na rede de serviços que compõem o cuidado em saúde e consequentemente a resolubilidade das ações institucionais e da rede.

A partir de 2010 o foco passa o problema do crack e várias portarias tratam essa questão. O Decreto nº 7179 de 2010 institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas com objetivo principal de desenvolver ações de prevenção, de tratamento e de reinserção social do usuário de crack e combate ao tráfico.

É em 2011, que a legislação redireciona o modelo de atenção a saúde mental, a Portaria MS/GM nº 3.088 regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) alterando a lógica da atenção em saúde mental dando início a terceira e atual fase da Política Pública de Saúde Mental (Modelo Saúde da Família). A organização da RAPS segue a lógica da Rede de Atenção em Saúde (RAS) conforme Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada.



**Figura 1: Rede de Atenção à Saúde - RAS**

Fonte: Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – 2012 - disponível em <http://www.redehumanizaus.net/92464-redes-de-atencao-a-saude-ras>

Nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

A APS é parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial e, por isso é importante aqui é a compreensão das RAPS com seus sete dispositivos (vide folder da RAPS em anexo):

- ✓ **Atenção Básica:** Unidade Básica de Saúde (UBS); Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); Consultório de Rua (CR); Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório (incluindo as Comunidades Terapêuticas); Centros de Convivência e Cultura (CRAS e CREAS e seus Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV).
- ✓ **Atenção Psicossocial Estratégica:** Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades.
- ✓ **Atenção de Urgência e Emergência:** SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
- ✓ **Atenção Residencial de Caráter Transitório:** Unidade de Acolhimento (UA); Serviço de Atenção em Regime Residencial (incluindo as Comunidades Terapêuticas).

- ✓ **Atenção Hospitalar:** Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- ✓ **Estratégias de Desinstitucionalização:** Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC)
- ✓ **Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

O sistema referência/contra referência direto novamente dá lugar a uma nova lógica de matriciamento<sup>10</sup> (Música transcrita em anexo) e as ações na área de saúde passam a ser articuladas com um olhar mais aprimorado de rede na relação território e prevenção e promoção de saúde:

O conceito de território para a saúde é muito importante, pois não se trata apenas de uma área geográfica. Um serviço de base territorial é um serviço de portas abertas (qualquer um pode acessar, entrar e sair) que está localizado perto de onde o usuário vive, onde está a sua família, seus amigos, as instituições com as quais tem contato (igreja, terreiro, escola, polícia etc.), os lugares que frequenta (unidade de saúde, lojas etc.), e, como consequência, onde circulam seus sentimentos, afetos e laços sociais. Esses elementos que fazem parte da vida do usuário compõem o que chamamos de rede social. Dessa forma, entende-se que o cuidado à saúde das pessoas é muito mais potente nesse território, onde a sua rede social pode auxiliá-lo no tratamento e no alívio do seu sofrimento. Por outro lado, a aproximação das ações de saúde mental dos territórios deve contribuir para que as comunidades estejam melhor preparadas para incluir, sem estigmatizar, a diversidade que a loucura, assim como o uso de drogas, expressa (GARCIA; SANTANA; PIMENTEL E KINOSHITA, 2015, p.87).

Assim, a inclusão das práticas de saúde mental na atenção básica torna-se, cada vez mais, uma estratégia ético-política que, por seu potencial de capilarização, pode trazer resultados mais rápidos e efetivos. Chega-se ao mais recente desafio que na atenção ao paciente de saúde mental, a atenção a partir do modelo Saúde da Família na atenção básica (ou atenção primária) que traz o foco no paciente e seu contexto familiar para a atuação das equipes das Unidades Básicas de Saúde

---

<sup>10</sup> MATRICIAMENTO ou APOIO MATRICIAL é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

(UBS) como contato direto e estreito com as necessidades de saúde de uma comunidade no território. O matriciamento antes apenas sob a responsabilidade dos profissionais do CAPS agora pode ser tarefa compartilhada com a equipe de NASF conforme Matriz de Competências dos Pontos de Atenção em anexo.

No Paraná a partir de 2011, a Rede de Atenção à Saúde Mental foi definida como uma das cinco redes prioritárias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) em seu Planejamento Estratégico com a participação de diversos profissionais que possuem interface com a saúde mental. Como marco histórico, em abril de 2014, foi realizado o Lançamento Oficial da Rede de Atenção à Saúde Mental do Estado do Paraná. O documento “Linha Guia de Atenção à Saúde Mental” lançado no mesmo período objetiva a qualificação da Rede, na qual o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico se faz por diversos profissionais utilizando a lógica de responsabilidade compartilhada. Esta Linha inclui o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas recomendadas cientificamente na literatura atual e sugere mudanças no processo de trabalho, ambos com o objetivo de auxiliar todos os profissionais da saúde a se aproximarem da saúde mental, rompendo com o paradigma de exclusão que acompanha o cuidado destas pessoas e que vem sendo desconstruído desde a Reforma Psiquiátrica.

Em 2012 novas portarias são lançadas no Ministério da Saúde, as Portarias nº 121, nº 130 e nº 131, que também representam marcos para a Política Nacional de Saúde Mental. A primeira, 121/2012, Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. A segunda, 130/2012 redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. A terceira, 131/2012 institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Na sequência destas portarias são lançadas mais algumas administrativas com sentido de regulamentar e redirecionar financiamentos que supram as mudanças propostas pela lógica da RAPS.

Enfim, no sentido da Reforma Psiquiátrica detecta-se “a coexistência de três grandes modelos ou discursos: o centrado no modelo biomédico humanizado; o psicossocial com ênfase na instituição e, por fim, o discurso psicossocial com ênfase no território” (JÚNIOR; CALDAS; LINO, 2014, p. 111). Aqui também é possível perceber os desafios da consolidação de uma rede de atenção e a relevância em trabalhar conceitos fundamentais problematizados desde o início da reforma psiquiátrica: rede, território, acolhimento e vínculo, autonomia e cotidiano. Todos esses conceitos interconectados propiciam os dois principais objetivos das intervenções em saúde mental: a reabilitação psicossocial e a reinserção social comunitária.

## 2.4 AS REFORMAS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: CAUSAS, EFEITOS E REFLEXOS

Os vários pontos das ações em saúde mental, desde a reforma psiquiátrica brasileira por influência do movimento italiano de Franco Basaglia e Franco Rotelli, até a proposta antimanicomial e de reabilitação social, encontram registros na cultura brasileira tendo como principais pontos obras literárias e poéticas de Austregésilo Carrano Bueno<sup>11</sup> e no cinema através do Filme *Bicho de Sete Cabeças*<sup>12</sup>. Em todos estes materiais questionam-se as classificações e taxinomias do “normal” e “patológico” no processo saúde-doença e explicitam-se reflexões sobre a história da psiquiatria com suas duas principais fases (modelo médico manicomial e modelo psicossocial antimanicomial) e as consequências das mesmas a níveis individuais e sociais.

---

<sup>11</sup> Austregésilo Carrano Bueno, curitibano nascido em 1957 e falecido aos 51 anos em 2008 devido à neoplasia de fígado, escreveu “Canto dos Malditos” relatando o sofrimento que passou em hospícios de Curitiba e do Rio de Janeiro, nos quais foi internado pelo pai à força aos 17 anos. Austregésilo atuou como representante nacional dos usuários na reforma psiquiátrica do Brasil e em 2003 foi homenageado pelo então Presidente Lula por sua luta e empenho na construção da rede nacional de trabalhos substitutivos aos hospitais psiquiátricos no Brasil.

<sup>12</sup> Filme da categoria drama brasileiro inspirado na vida e obra de Austregésilo Carrano Bueno dirigido pela cineasta Laís Bodanzsky e com roteiro de Luiz Bolognesi, estrelado por Rodrigo Santoro, Othon Bastos e Cássia Kis Magro nos papéis principais no ano 2000. Foi amplamente aclamado e recebeu vários prêmios e indicações nacionais e internacionais dentre eles a inserção em 2015 na lista dos 100 melhores filmes brasileiros de todos os tempos da Associação Brasileira de Críticos do Cinema (Abraccine) e o 1º Grande Premio Cinema Brasil nas categorias melhor filme, melhor ator (Rodrigo Santoro), melhor direção, melhor roteiro e melhor ator coadjuvante (Othon Bastos).

Resumidamente é possível afirmar que cada uma das fases referentes às ações de saúde mental adota um dos três modelos de atenção a saúde mental ao longo da história da Atenção a SM: Modelo Biomédico, Modelo de Saúde Mental Comunitária e Modelo Saúde da Família. Modelo que na sua sequência, vão dissipando a lógica manicomial de exclusão e buscando estratégias territoriais e comunitárias para auxiliar os familiares no apoio aos seus “doentes mentais” e para desmistificar a “loucura” na sociedade.

No primeiro modelo tratamos dos primórdios da atenção em SM onde considerados doentes mentais as pessoas com alteração de comportamento e/ou sofrimento mental grave eram privadas do convívio social sem poder administrar seus bens e desprovidos de direitos. Por vontade própria, solicitação de familiares, amigos, instituições e entidades beneficentes essas pessoas eram retiradas de seu habitat e remanejadas para internamento hospitalar em manicômios, sanatórios, instituições asilares ou entidades judiciárias específicas para este fim.

No segundo modelo, a partir da “Reforma Psiquiátrica Brasileira”, considerada exemplar pela Organização Mundial de Saúde (Ministério da Saúde, 2013) sob a Lei 10.216 promulgada em 2001 a essas pessoas foram outorgados direitos e as internações que se fizerem necessárias passam a necessitar de comunicado oficial ao Ministério Público. O processo de desinstitucionalização torna necessário investimentos de novos recursos de atenção à saúde mental com novo modelo de tratamento e a implantação de novos equipamentos de saúde. Por este modelo foram planejadas estratégias de atendimento extrahospitalar, destacando-se prioritamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), este último para os perderam os vínculos familiares devido a longos períodos de internação.

Considerando a Carga Global de Doenças no mundo, cinco delas relacionam-se com transtornos mentais estimando um impacto de 18% na saúde pública. Pelos dados do Ministério da Saúde (2005), os problemas relacionados à saúde mental correspondem a 26% do total de atendimentos prestados a população.

Diante dessa informação, é preciso mais compromisso dos gestores e formuladores de políticas públicas em saúde mental para a adoção de tecnologias de cuidado que garantam o cuidado e o acesso universal e equânime a todos que dele necessitam. Para tanto, seriam necessários investimentos cada vez mais altos nos serviços territoriais para o cuidado em saúde mental. A expansão dos serviços comunitários em saúde mental

tem sido objeto de constante debate pela psiquiatria mundial (SOUZA, 2015, p.25 – 26).

A própria OMS em seu relatório sobre a saúde no mundo 2001 proporciona uma nova maneira de compreender as perturbações mentais recomenda dez ações<sup>13</sup> e justifica sua recomendação dessa atenção em nível primário com maior envolvimento da comunidade e das famílias e incentiva pesquisas na área:

O controlo e tratamento de perturbações mentais, no contexto dos cuidados primários, é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços – é preciso reconhecer que muitos já estão a procurar ter assistência a esse nível. Isso não só proporciona melhores cuidados, como também reduz o desperdício, resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos (WHO, 2001, p.13).

Assim, a linha histórica da saúde mental segue a caminhada das demandas dos usuários mentais e do impacto destes na sociedade. Em alguns momentos, o mais viável política e economicamente era a criação de espaços reclusos para estes usuários que “perturbavam” a sociedade. Em outros momentos, o custo econômico da manutenção de hospitais psiquiátricos frente à crescente demanda e aos pouco expressivos resultados levaram a mudanças de paradigmas e ações públicas e privadas. Por isso, a nova diretriz vem direcionando cada vez mais as ações para a Atenção Primária em Saúde (APS) na conjunção das Estratégias Saúde da Família e da Rede de Atenção Psicossocial.

A reforma psiquiátrica brasileira coloca o cuidado em saúde mental como incumbência dos serviços de base territorial e comunitária, o que em nossa realidade traduz-se em Estratégias de Saúde da Família (ESF), Programas de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), Centro de Atenção Psicossocial (Caps), dentre outros. Importa-nos o fato de que destes serviços, o de maior penetração no território, e com maior contato com o problema em que se constitui o adoecimento mental, é a ESF, uma vez que lida, cotidianamente, com famílias que convivem com algum processo desse adoecimento mesmo que nem sempre tenha condições de dar conta desta tarefa (BRASIL, 2005) (SOUZA, SANTOS & CORDEIRO, 2014, p. 160).

---

<sup>13</sup> Dez recomendações da OMS para ações: 1 – Proporcionar tratamento em cuidados primários; 2- Disponibilizar medicamentos psicotrópicos; 3 – Proporcionar cuidados na comunidade; 4 – Educar o público; 5 – Envolver as comunidades, as famílias e os utentes; 6 – Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; 7 – preparar recursos humanos; 8 – estabelecer vínculos com outros setores; 9 – monitorizar a saúde mental na comunidade; 10 – apoiar mais a pesquisa.



Para a OMS a “a assistência sanitária primária” ou Atenção Primária em Saúde (APS) trata de ações elementares consideradas medidas simples e eficazes quanto ao custo, técnica e organização tornam-se facilmente acessíveis e permitem melhorar as condições de vida de uma população. (ALMEIDA, 2013, p.70).

Ao favorecer a integralidade a APS possibilita um desenvolvimento sustentável. Uma rede, de fluxos complexos, que engloba não apenas equipamentos públicos, mas também privados e a instituição família. Assim, há de serem acompanhadas também as mudanças ao longo do tempo da concepção e importância da família: “em compensação, o que se constitui nesse momento é a família como elemento no interior da população e como instrumento fundamental” (FOUCAULT, 1979, p.288). Como se dá a organização e ou funcionamento das políticas de saúde mental? Como e o quanto o fortalecimento da instituição família interferiria na promoção em saúde mental?

Souza (2015, p. 62-63) afirmando: “contempla-se o objetivo maior da reforma psiquiátrica, que é promover transformações sociais acerca do imaginário social da loucura”. Assim, a atenção básica deve seguir o que preconiza a WHO (2009): constituir-se em rede de atenção primária com apoio dos serviços comunitários e dos hospitais gerais numa relação articulada com os diferentes segmentos sociais do território sendo, desta maneira, capaz de desmitificar à loucura e ampliar o acesso da população aos cuidados em saúde mental.

O Programa Saúde da Família reorganiza o sistema de atenção em saúde como um todo, incluindo a saúde mental. O reconhecimento do potencial da rede social atualmente é uma crescente, à medida que se entende o poder da cooperação como atitude que destaca pontos comuns em um grupo para gerar solidariedade e apoio. Estatisticamente a saúde mental na atenção básica tem importante demanda:

Estudos, desde a década de 80, demonstram que, entre os pacientes que procuram as unidades de atenção primária à saúde, uma grande proporção apresenta sintomatologia relacionada a sofrimento psíquico, revelando que entre 33% e 56% dos pacientes atendidos. Nesse nível assistencial, podem apresentar sintomas de transtornos mentais comuns (MARI; VILANO; FORTES. IN MINOZZO, et. al, 2008, p. 19).

A ampliação do atendimento das demandas de saúde mental na atenção básica com equipes preparadas para lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial traz resultados satisfatórios em termos de prevenção e promoção de saúde, inclusive possibilitando a permanência de casos graves de saúde mental na atenção primária. A atenção à saúde mais capilarizada faz parte do caminhar das políticas de saúde também no que tange a Política de Saúde Mental:

No percurso de consolidação dessa política, constata-se crescente interlocução entre a saúde mental e a atenção básica, iniciando um processo de transformação que mostra a singularização do cuidado, a responsabilização da clientela e a construção de outras formas de convivência com as diferenças, ampliando as redes de solidariedade num dado território (SOUZA, 2015, p.67).

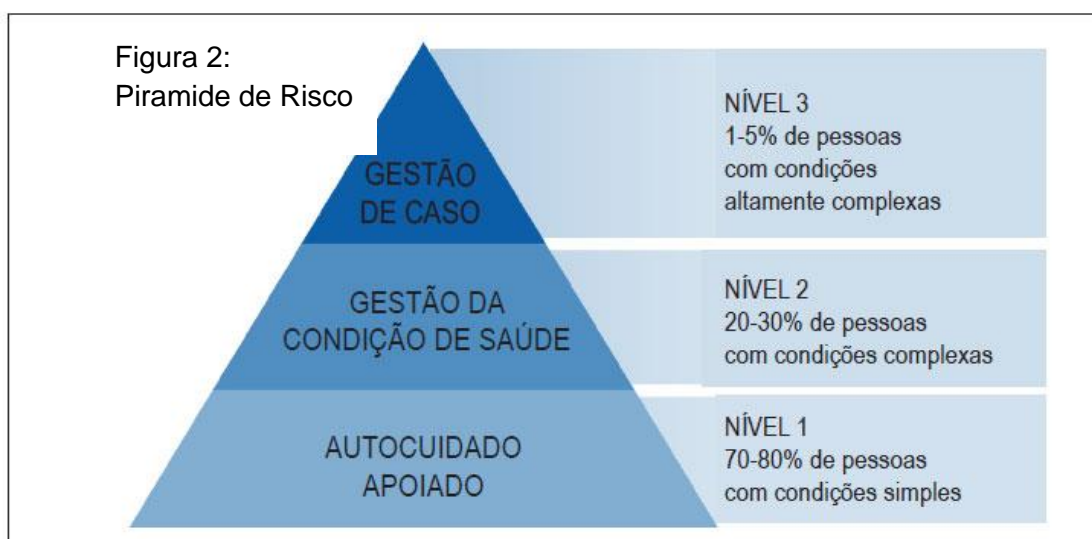
A atenção básica por seu potencial de vinculação ao usuário, pelo impacto positivo que traz à instituição família, pelo favorecimento do vínculo usuário comunidade e por suas características de integralidade coordenação do cuidado e articulação intersetorial é o ponto mais acertado para investimentos em prol da integralidade das ações de saúde. Entre a atenção básica e a atenção secundária, respectivamente nesta fala representadas pela Unidade Básica de Saúde e o CAPS, há uma diferença significativa. Enquanto a primeira como porta de entrada para variadas novas necessidades e problemas traz além da livre demanda tem o potencial maior de busca ativa através das visitas domiciliares e estratégias de acompanhamento da população de um dado território através de atividades dos específicos programas registrados junto ao Ministério da Saúde e incorporados no dia a dia da unidade o CAPS com suas diretrizes e estrutura atua com livre demanda e os encaminhamentos advindos da atenção primária e secundária não tendo possibilidade de dar conta de todo um universo populacional de um território. Assim, as aproximações da atenção primária com as ações de saúde mental são estratégias válidas na Política de Saúde Mental:

A Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2001) considera que o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária à saúde são um passo fundamental para possibilitar, a um maior número de pessoas, o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em saúde

mental. Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade, como também reduz exames supérfluos e tratamentos impróprios ou não específicos (MINOZZO et al, 2015, p. 18).

Segundo Souza (2015, p.24): “Atualmente existem 37.812 equipes de saúde da família no Brasil, presente em 5.296 municípios brasileiros, portanto, em 96% deles, o que corresponde à cobertura de 60% da população brasileira (BRASIL, 2015)”. Complementarmente são 3,973 NASF’s em todo território nacional cujo foco principal é o de qualificar a atenção básica de saúde.

Assim, a atenção básica, com sua diretriz voltada ao cuidado, é o mais rico ponto de triagem do usuário que é também um só de corpo e mente. Souza (2015, p.69 e 70) salienta que a atenção primária tem quatro características fundamentais: o primeiro contato (relacionada as variadas formas de acesso ao serviço e a ser a porta de entrada do sistema), a longitudinalidade (vinculação duradoura entre usuários e profissionais de saúde), abrangência do cuidado (ou integralidade – necessidade das unidades de saúde terem uma organização para que seus usuários possam ter acesso a todos os tipos de ações de atenção à saúde) e a coordenação (capacidade do serviço em garantir seguimento do usuário nos outros níveis de atenção). A Pirâmide de Risco (PORTER E KELLOGG), um dos modelos de atenção às condições crônicas na RAS, estima que até 80% da população pode ter seus problemas e necessidades resolvidas na atenção básica / nível I ou primário (Unidades Básicas de Saúde, Domicílio, Consultórios de Rua, Escolas, Centros Comunitários, etc):



Fonte: Department of Health<sup>28</sup>; Porter e Kellogg<sup>29</sup>.  
Figura 2- Pirâmide de Risco.

A saúde mental produzida a partir de diferentes olhares e compreensão das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) ultrapassa a perspectiva centrada na doença mental ao permear todo o ser humano a partir de sua estrutura e dinâmica familiar. (SOUZA, SANTOS E VASCONCELLOS, 2014, p. 42). Ela requer o desenvolvimento de políticas intersetoriais com foco a ampliar o acesso e a rede de oferta de serviços e por seus aspectos de centralização na família, intervenção cultural e orientação comunitária a APS é considerada um nível de atenção estratégico, complexo em suas atividades e com alta responsabilidade sanitária para resolutividade à diversas questões<sup>14</sup>. É importante que se tenha entre sua equipe, os agentes comunitários de saúde e o corpo clínico e assistencial da unidade básica de saúde, conhecimentos não apenas referentes à saúde física, mas também referentes à saúde mental: “de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2005), o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na APS se constitui no melhor enfoque para produzir uma melhoria sustentável e equitativa na saúde” (FRANÇA, et. Al, 2015, p.42). Além disso, ao favorecer o vínculo entendido por Souza (2015, p.94) não como relação de dependência, mas sim como prática relacional que exige uma postura ativa do usuário e autonomia no cuidado à saúde) diante de um adequado acolhimento e corresponsabilização a ação da atenção primária torna-se mais resolutiva.

Em 2006 o Ministério da Saúde propôs três estratégias para efetiva implantação das ações de saúde mental na atenção básica (SOUZA, 2015, p.83): apoio matricial (visa interação entre as equipes especializadas e da atenção básica em um dado território ampliando o acolhimento enquanto dispositivo tecnológico e a corresponsabilização e diminuindo a lógica de simples encaminhamentos e desresponsabilização); formação diferenciada (capacitação de equipes com foco na qualificação da rede e humanização do cuidado); e inclusão de indicadores da saúde mental no sistema de informação da atenção básica (considerado como fundamental nos processos de avaliação e planejamento das ações e serviços de saúde).

Dando continuidade à perspectiva de humanização do atendimento trazida por todas estas mudanças à criação das RAPS (Redes de Atenção Psicossocial), implantadas pelo Decreto 7.508/11, sinaliza a concepção holística de Saúde e o

---

<sup>14</sup> Em 1998, o Ministério da Saúde publicou o Manual para Organização da Atenção Básica disponível no site do próprio MS ([http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual\\_organizacao\\_ab.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual_organizacao_ab.pdf)).

potencial das ações intersetoriais quando planejada de acordo e adequados à realidade locais, contextualizadas e considerando a relação demanda e dimensão da equipe a disposição para o atendimento da mesma. Assim, conforme indica o Manual do Ministério da Saúde acerca das Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA – Unidade de Acolhimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 6-7), a RAPS impulsiona a articulação intersetorial e tem algumas diretrizes a ser seguidas:

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como finalidade a criação, a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a estigmas e aos preconceitos;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- Desenvolvimento das estratégias de Redução de Danos;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Para o Ministério de Saúde (2015) os CAPS (ambiente “portas abertas” territorializado) representam pontos estratégicos das RAPS como serviço de caráter aberto e comunitário com equipe multidisciplinar e estratégia territorial em substituição do modelo anterior, asilar. Ou seja, tem como principal característica seu caráter substitutivo de base territorial e atendem pessoas em situação de crise com foco em processos de reabilitação psicossocial.

O termo CAPS é uma denominação advinda de Manágua, Nicarágua, 1986. Tal novidade inspirava-se em profissionais que se valiam de práticas criativas de reabilitação de pessoas excluídas do contexto social, por apresentarem algum transtorno mental (SOUZA, 2015, p. 51).

Os CAPS têm as seguintes modalidades, conforme estimativa populacional e demandas de atenção em saúde mental. Assim, podem ser CAPS I (todas as faixas etárias de pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, em população acima de 15 mil habitantes), CAPS II (prioritariamente para pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, em população acima de 70 mil habitantes), CAPS III (com serviços 24horas atende prioritamente pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, em população acima de 150 mil habitantes), CAPSad (todas as faixas etárias com intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas com população acima de 70 mil habitantes), CAPSad III (adultos, crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas e com atendimento 24 horas para população acima de 150 mil habitantes), CAPSi (crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, em população acima de 70 mil habitantes).

O Ministério da Saúde (2015) considera ainda que o CAPS tem o papel de fazer a ordenação do cuidado trabalhando em conjunto com as equipes Saúde da Família e seus Agentes Comunitários de Saúde, articulando recursos e redes territoriais e desenvolvendo suas ações, de âmbito individual ou coletivo, através de Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído em conjunto com a equipe, usuário e seu familiar. Segundo a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012 os PTS podem ter as seguintes estratégias:

- ✓ Acolhimento inicial;
- ✓ Acolhimento diurno e/ou noturno;
- ✓ Atendimento individual;
- ✓ Atendimento às situações de crise;
- ✓ Atendimento em grupo;
- ✓ Práticas corporais;
- ✓ Práticas expressivas e comunicativas;

- ✓ Atendimento para a família;
- ✓ Atendimento domiciliar;
- ✓ Ações de reabilitação psicossocial;
- ✓ Promoção de contratualidade;
- ✓ Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares;
- ✓ Ações articulação de redes intra e intersetoriais;
- ✓ Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência;
- ✓ Ações de redução de danos;
- ✓ Acompanhamento de serviço residencial terapêutico;
- ✓ Apoio a serviço residencial de caráter transitório.

Regidas pela Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012 a Unidade de Acolhimento (UA) tem por objetivo oferecer cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas e em ambiente residencial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, já em acompanhamento pelo CAPS que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Existe em duas modalidades: adulto (para população acima de 200 mil habitantes) ou infanto-juvenil (para público de 10 a 18 anos incompletos e população acima de 200 mil habitantes) e é o CAPS que define a necessidade de acolhimento e elaboração do Projeto Terapêutico Singular. As UAs ainda tem articulação com a Atenção Básica para o cuidado clínico geral dos usuários.

Atualmente, diante de perspectivas científicas e sócio econômicas entende-se que a manutenção do usuário em seu meio social é mais favorável economicamente a sociedade e mais adequado enquanto tratamento ao usuário. Neste terceiro modelo de atenção tem-se um olhar na saúde como valor coletivo e responsabilidade de cada cidadão. Nesse modelo o atendimento é centrado na pessoa e na sua estrutura familiar e comunitária através de intervenções estratégicas de redes de serviços capilarizadas na lógica territorial do Programa Saúde da Família (PSF) em conjunto com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e um novo parâmetro e olhar sobre a proposta de intersetorialidade para o trabalho em Rede. Em outras palavras, neste cenário não bastará o acompanhamento clínico dos transtornos mentais como se pensava na lógica do acompanhamento manicomial. É

cada vez mais necessário que a pessoa com transtorno mental seja acolhida e não mais isolada, para tal deve-se conhecer e oferecer uma rede de suporte para essa pessoa e seus familiares, rede essa que é feita de pessoas e de serviços conforme demandas de cada caso. Em tempo, cabe ainda reforçar: “[...], a mesma diretriz adotada para as pessoas com intenso sofrimento mental deve também ser adotada para usuários de drogas: em vez de afastar esse membro de sua família e de sua comunidade, é fundamental buscar integrá-lo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Assim, um transtorno mental de qualquer ordem representa uma grande preocupação para a saúde e as políticas públicas, no que tange ao cuidado dessas pessoas. Sobretudo porque as consequências de um desequilíbrio da saúde mental perpassa o nível do indivíduo e atinge as relações que este estabelece com sua família, sua comunidade, seu meio social e seu ambiente laborativo. E ainda, na ausência de solução do caso é comum o encaminhamento e a mobilização de outras políticas públicas na solução do caso. Por exemplo, o que aparentemente originou-se como uma demanda da saúde passa a necessitar de intervenções das políticas de assistência social, da educação, do jurídico, da previdência social, entre outros. Ou seja, aí se tem uma demonstração que o cuidado em saúde mental tem caráter intersetorial. Uma intersetorialidade que alcance conforme o caso clínico do usuário e conforme a existência e o acesso aos devidos equipamentos naquele território.

O Ministério da Saúde em seu Guia de Saúde Mental: atendimento e intervenção com usuários de álcool e drogas (2013) elaborado para a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que fora denominada “Caminhos do Cuidado” traz três itens importantes que deixam claras as mudanças de atuação quando da mudança do modelo de atenção para a Estratégia Saúde da Família:

- ✓ Os quatro princípios fundamentais para a ação de saúde mental:
  1. Tratar e apoiar o grupo familiar para que este possa lidar de modo mais salutar com seu membro mais doente e não retirá-lo do convívio como forma de “resolver” o problema.
  2. Priorizar as famílias com maior risco e que se encontram com maior dificuldade para enfrentar o problema.
  3. Buscar e estimular parcerias no território para garantir o atendimento.
  4. Monitorar e acompanhar, passo a passo, cada paciente, individualmente.



- ✓ As seis atitudes do Agente Comunitário de Saúde e do Auxiliar de Saúde e do Auxiliar e Técnico de Enfermagem:
  1. Noção de família (consideramos família todo grupo de pessoas que coabitam e/ou desenvolvem entre si as mais variadas formas de convívio afetivo).
  2. Suspensão provisória da opinião.
  3. O Agente Comunitário e o Auxiliar ou Técnico de Enfermagem são membros de uma equipe.
  4. Atenção ao grupo familiar.
  5. A programação elaborada para cada família deve ser observada passo a passo.
  6. Somos todos Agentes de Saúde.
- ✓ Os aprendizados para a convivência:
  - a) Aprender a não produzir agressões, sejam físicas, com palavras ou com o descaso;
  - b) Aprender a cuidar de si;
  - c) Aprender a dar valor às realizações e saberes coletivos;
  - d) Aprender a conhecer e aceitar as pessoas como elas são.

Aqui se considera que o usuário é também responsável no desenvolvimento e cuidado de sua própria saúde mental. Na visão de promoção de saúde está também a política de saúde mental com as ações de matriciamento impulsionando nova dinâmica de atenção a partir da atenção básica, dinâmica de redes com todos os equipamentos envolvidos atuando diante de uma determinada demanda e a lógica de uma área delimitada para atuação de cada equipe de saúde (território).

Diante disso, torna-se possível afirmar que a saúde da família configura-se como uma modalidade tecnoassistencial para o acesso aos serviços de saúde, visto que a atenção básica tornou-se prioritária no SUS diante de sua capacidade de resolução dos principais problemas de saúde, promoção de saúde e reorganização do usos dos demais níveis de atenção. (SOUZA, 2015, p.114).

Assim, a inserção da saúde mental na atenção básica como mais uma estratégia comunitária contrária ao *modelo hospitalocêntrico* institui uma mudança de direção para um *modelo redebasicocêntrico* (SOUZA, 2015) e tende a provocar o

CAPS a circular mais pelo território assumindo seu papel articulador enquanto matriciador e superando o seu papel de apenas ser mais um instrumento de “pseudoreclusão” na Rede de Saúde Mental.

## 2.5 TECITURA DE REDES NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL: PAPEL DO MATRICIAMENTO E DAS ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS E MULTIPROFISSIONAIS

A reflexão principal aqui é: “Qualquer serviço de saúde, por mais que seja complexo e bem equipado, não consegue sozinho dar conta da atenção integral aos indivíduos e coletivos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Nenhum problema complexo pode ser resolvido com soluções simples ou por agentes solitários. Por exemplo, nas ações de redução de desigualdades sociais, envolvendo ou não situações de saúde, deve ser objeto de políticas intersetoriais. Ou seja, saúde, educação, trabalho, moradia, transporte, alimentação, etc, estão intimamente relacionados e sobre eles precisam ser estabelecidas ações conjuntas / interrelacionadas com diferentes níveis de complexidade envolvendo setores governamentais e não governamentais.

Nesta mesma lógica, como campo de intervenção complexo, a saúde mental traz o conceito de redes para a discussão de uma política pública uma vez que a atuação depende de diferentes atores e, muitas vezes, de diferentes áreas de atuação. Representada pelo conjunto de ações e serviços articulados numa lógica de complexidade crescente as Redes de Atenção em Saúde tem por finalidade favorecer a integralidade na atenção e assistência à saúde. Assim, Rede pressupõe a busca por soluções a uma determinada demanda de forma coletiva:

Segundo o Ministério da Saúde, a rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos disponíveis num determinado território geográfico, seja ele distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Esses serviços são como os nós de uma rede: uma Unidade Básica de Saúde, um Hospital Geral, um Centro de Atenção Psicossocial, o Conselho Municipal de Saúde, uma UPA, dentre outros. Mas isso só não é o suficiente.

Para pensar em rede, não basta ter a oferta de serviços. É necessário refletir como esses serviços se relacionam entre si e como se estabelece a comunicação entre as diferentes equipes. É preciso garantir uma ampliação da comunicação entre os serviços e as pessoas; só assim podemos

contribuir para que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde em um dado território.

Com a ampliação do conceito de saúde, que não é apenas a ausência de doenças, mas inclui também as boas condições de moradia, trabalho, lazer, participação social, etc. a construção de redes tornou-se um caminho necessário para permitir criar múltiplas respostas no enfrentamento das situações de saúde/doença.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.23 e 24).

Reconhecer a complementariedade de diversas ações e setores impulsiona a resolução dos problemas e a produção de uma saúde ampliada que venha a proporcionar autonomia e participação ativa dos usuários na construção das estratégias de cuidado. Da mesma forma, compreender como funciona a dinâmicas destes fluxos, em suas mais diversas fases e com seus mais diferentes atores, significa conhecer os fluxos e nós de uma rede. Neste sentido, Mendes afirma (2011, p.79) que: “as redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações”. O matriciamento como estratégia de política de saúde torna-se relevante ao ser uma estratégia de construção compartilhada, neste caso entre técnicos do NASF e/ou CAPS e burocratas de rua (ACS), no processo de produção de saúde.

Um indivíduo representa sua rede social de apoio em situações da vida cotidiana, na família, comunidade e na sociedade. Ao identificar a rede, pode utilizar-se da mesma como um recurso do cuidado. “desenvolver-se de modo sustentável, pelo contrário, é possível. Isso é o que acontece com o ser humano e todos os organismos vivos: crescem; param de crescer; e nunca deixam de desenvolver-se (sustentavelmente) – até o fim inevitável” (CAVALCANTI, 2012, p. 38).

O desenvolvimento sustentável no tempo das civilizações humanas vai depender da sua capacidade de se submeter aos preceitos de prudência no bom uso da natureza e nas relações interpessoais estabelecidas tanto no contexto micro, quanto no macro socioeconômico. A formação de redes representa arcabouço de relações entre sujeitos que estão conectados por laços afetivos e fluxos de poder, nos quais ocorrem trocas subjetivas e objetivas e, assim, são produto de um determinado contexto, podendo ser ele social, econômico, político e cultural. Diante de tudo isto se tem uma rede ampliada e intersetorial capaz de influenciar a saúde de uma coletividade através de impactos no psiquismo individual e coletivo. Nesta

relação é permitido entender o sujeito com tudo aquilo com o qual interage, com todos os seus vínculos no micro e macro espaço (LAVALL *et al.*, 2009 apud DEZOTI, 2013, p. 35).

Seguindo as diretrizes de rede da política nacional de saúde mental no estado do Paraná, a divisão dos níveis de atenção em saúde mental e dos equipamentos é ampliada, não se restringindo aos equipamentos de saúde (site da secretaria de saúde do estado - SESA). A atenção primária engloba domicílio, grupo de ajuda mútua, consultório na rua, unidade de Atenção Primária (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Academia da Saúde, Escolas, CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) com seu Programa de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), Associações, ONGs (Organizações Não Governamentais), Centros de Convivência e Espaços Religiosos. Na Atenção Secundária: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), Unidade de Acolhimento/ Serviço de Atenção em Regime Residencial, Centro de Especialidade, Hospital Geral (HG), Hospital Especializado em Psiquiatria, Pronto Atendimento (PA), Serviço Residencial Terapêutico e SIMPR (Serviço Integrado de Saúde Mental). O Mapa Estratégico abaixo demonstra as cinco redes prioritárias de atenção definidas pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) na gestão 2011-2015 (em anexo).

A Política Estadual de Saúde Mental segue os princípios do SUS e respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira de inclusão social e reabilitação psicossocial. Somando-se as Leis Federais a Lei Estadual nº 11.189 de 09 de novembro de 1995 garantem os direitos das pessoas com transtornos mentais priorizando uma rede de atenção integral em saúde mental. Neste sentido, é que foi criado o SIMPR.

Como um dos componentes da Rede de Atenção a Saúde (RAS) o CAPS (tem o cuidado a nível individual e coletivo). O CAPs representa a primeira referência para atuação enquanto matriciador segundo as premissas da Política de Saúde mental, os quais também representam serviços estratégicos nesta mesma política:

Os Caps são entendidos como equipamentos de saúde que visam à produção de intervenções em saúde mental e se pautam pelo direito do usuário de ir e vir e de desejar o cuidado; pela oferta do acolhimento na crise; pelo atendimento clínico individual ou coletivo dos usuários; pela construção de vínculos e referências para o usuário e seu cuidador e familiares; e pelo matriciamento, com outros setores do sistema de saúde e geração de redes de reabilitação psicossocial. (SOUZA, 2015, p.55).

A pressuposta interação em rede é tida como a estratégia de gestão mais adequada para o enfrentamento de problemas complexos e multidimensionais e é fortemente influenciada pelo princípio da integralidade. As ações e a lógica da intersetorialidade devem permear todas as instâncias de uma Política Pública, desde a parte operacional e técnica até a parte da gestão administrativa e a distribuição de recursos. Neste último tem-se um desafio uma vez que a maioria dos repasses financeiros é direcionada a ações setoriais. É também importante ressaltar que as relações interesetoriais a serem estabelecidas devem depender da demanda que cada caso traz:

[...], quanto mais dimensões não materiais (relacionais, culturais, psicossociais – em termos de atitudes e disposições – ou de empoderamento) compõem a estratégia, a) maior a intensidade e mais níveis de intersetorialidade tem que ser incorporados, b) mais próxima de uma situação de baixa programabilidade e de interação intensa com os usuários a intervenção se situará”. (COSTA e BRONZO, 2012, p. 69).

Já a atenção básica em saúde por seus recursos comunitários assistidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) traz a questão da integralidade e podem ser explicados por movimentos direcionados para que os usuários possam ter à sua disponibilidade um “cardápio” de ofertas de serviços nas redes formais e informais de saúde (SANTOS e VASCONCELLOS, 2014, p.67-74). Dando continuidade a esta idéia ainda reforça-se a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairros, grupos de autoajuda, recursos ambientais, espaços de lazer, organizações não governamentais – ONGs – e igrejas) buscando construir espaços de reabilitação social em dispositivos comunitários. Dentre os recursos da comunidade citados na promoção de cuidado em saúde mental estão:

- ✓ O lazer é tido como fator positivo na saúde integral favorecendo a qualidade de vida de pessoas e grupos.

- ✓ As igrejas são estratégia informal de cuidado, como uma rede de apoio, ao ceder espaços para diversas atividades fortalecendo vínculos para a realização de atividades cotidianas.
- ✓ A terapia comunitária que, como estratégia da atenção primária, visa que as pessoas compartilhem entre si suas ansiedades, frustrações, sofrimentos e promovam a troca mútua de seus recursos e descobertas.
- ✓ Acolhimento como dispositivo de cuidado de saúde mental.
- ✓ Experiências socioculturais tecidas no cotidiano das comunidades.
- ✓ Escola como provisão de atenção especial junto as equipes de saúde da família.
- ✓ As visitas domiciliares.
- ✓ A articulação do CAPS com as equipes da rede básica de saúde em seu território através principalmente da realização do apoio matricial (fornecendo-lhe orientação e supervisão, atendendo conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares e atender casos complexos, por solicitação das equipes).

Como uma ferramenta de transformação o matriciamento em saúde mental entende-se a articulação de diversos profissionais e setores (intersetorialidade) com objetivo de clinicamente ampliar a ESF e impulsionar a lógica de coresponsabilização entre as equipes de saúde da família, a equipe de saúde mental, usuários e todos os profissionais integrantes da rede em um determinado território:

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários (CAMPOS e DOMITTI, 2007, pág.400).

O apoio matricial é uma estratégia /arranjo institucional que ocorre entre uma equipe de referencia e uma equipe de apoio matricial confirmando que nenhum conhecimento ou processo de trabalho é monopólio de nenhuma especialidade, pertence sim a todo campo de saúde e só poderá ser útil se ativado de formada

compartilhada. Assim, objetiva a interação e interlocução entre as equipes da atenção básica (equipe de referencia) e da atenção especializada (equipe de apoio matricial) democratizando conhecimento e realizando, sempre que necessário, intervenções em conjunto, ou seja, implica em atender conjuntamente situações complexas. “O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades” (CHIAVERINI, 2011, p. 15). A obra da mesma autora menciona que várias ferramentas podem ser utilizadas no processo de matriciamento, são elas:

- ✓ Elaboração do projeto terapêutico singular no apoio matricial de saúde mental.
- ✓ A interconsulta (ação colaborativa de profissionais de áreas diferentes), principalmente na atenção primária.
- ✓ A consulta conjunta de saúde mental na atenção primária (reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família deste).
- ✓ Visita domiciliar conjunta.
- ✓ Contato a distância: uso do telefone e outras tecnologias de comunicação (por exemplo, entre o contato entre o NASF, o matriciador em saúde mental e a equipe da atenção primária trocando informações e orientações sobre um caso clínico).
- ✓ Genograma ou genetograma ou ainda familiograma (desenho gráfico da composição familiar).
- ✓ Ecomapa (Complementa o genograma ao avaliar as relações intrafamiliares).

Compreende-se aqui que: “O matriciamento já é um exercício da rede em que a atenção primária (ESF) junto à saúde mental e/ou ao NASF constroem projetos terapêuticos, incluindo qualquer ator da rede necessário para aquele indivíduo e sua família” (CHIAVERINI, 2011, p.200).

Assim, como mais uma equipe especializada o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), ainda em implantação na maioria das localidades brasileiras vem para trabalhar conjuntamente com a equipe do ESF atuando inclusive com estratégias de matriciamento:

dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por uma equipe multiprofissional com o objetivo de fornecer sustentáculo técnico-pedagógico e compartilhar com a ESF a produção de cuidado em áreas específicas da saúde, de forma a instrumentalizar suas equipes para o atendimento às necessidades de cuidado das famílias de seu território, assumindo, assim, uma postura de coresponsabilização. (SOUZA, SANTOS e CORDEIRO, 2014, p. 173).

Profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária são psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros de saúde mental.

A proposta desta articulação NASF e ESF impulsiona a efetivação da reforma da atenção em saúde mental uma vez que a atenção primária com suas equipes ocupa lugar estratégico no desenvolvimento das ações de prevenção, promoção, reabilitação psicossocial e vigilância. Souza (2015, p. 143) lembra Onocko Campos (2011) ao afirmar que:

a partir da articulação da saúde mental com a atenção básica, espera-se gerar movimentos, fazendo com que os serviços abandonem a lógica centrípeta de funcionamento, centrados em si mesmos, e assumam uma perspectiva de ações voltadas para os recursos do território, trabalhando na ampliação da clínica da atenção psicossocial.

A aproximação da saúde mental com a Atenção Básica favorece a implementação da clínica ampliada (AMARANTE, 2003, p.50) definida como “criadora de possibilidades, produtora de sociabilidade e subjetividades” e com princípios de “equidade, integralidade, território, responsabilização, acolhimento e rede” (SOUZA, 2015, p.43) favorece a Rede ao evitar encaminhamentos desnecessários para os serviços de maior complexidade rompendo com a lógica de referência e contrareferência no formato de desresponsabilização de uma atenção a outra.

Na lógica matricial é o encontro de um conjunto de dispositivos de atenção, vinculados a diferentes setores e níveis de complexidade, que resulta em tomadas de responsabilidade e decisões conjuntas em relação aos problemas de saúde mental. Souza (2015, p.137) registra assim que “uma tecnologia de gestão propiciadora da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica é o apoio matricial”. Segundo a mesma, vindo de encontro a afirmação de Chiaverini no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (2011) o apoio matricial pode valer-se de



diferentes estratégias como: discussão conjunta dos casos, atendimento compartilhado, visita domiciliar conjunta, supervisão do profissional especialista e, nos casos de urgência, orientação por telefone em caso de risco social.

É também um matriciamento em saúde mental que, por sua atuação interdisciplinar, rompe com a especialização verticalizada, compartilha responsabilidades pela atenção e compartilha conhecimentos. Segundo Souza, Santos, Souza e Caldas (2014, p. 193): “o apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, entre equipe de saúde da família e apoiadores”.

Matriciamento (organizador, potencializador e facilitador da rede assistencial) e intersetorialidade (driblar a verdade de que sozinhos somos impotentes) pressupõem cenários relacionais e são dois desafios que se integram nas Políticas Públicas de diversas áreas de atuação e o mesmo acontece na Política de Saúde Mental. Como afirmam Costa & Bronzo (2012, p. 73) “o desafio da intersetorialidade consiste em como unir, em uma ação conjunta, instituições com objetivos, dinâmicas e culturas organizacionais distintas”. Os desafios colocados por Chiaverini (2011) para o processo de matriciamento são: preconceito e estigma; dificuldade de adesão ao tratamento; violência e suas repercussões na prática da ESF e possibilidades de intervenção; a comunicação profissional-usuário; a comunicação de más notícias; o cuidado com os membros das equipes ESF.

Encaremos então esses desafios de compartilhar conhecimento e informações de maneira organizada e profissionalmente produtivas assim será possível garantir integralidade e efetividade na atenção à saúde de uma pessoa.

### 3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Pesquisar! Pesquisar é de forma simplificada procurar respostas para as indagações cotidianas num caminho e instrumental próprio da abordagem da realidade (metodologia). É Observar, questionar, hipotetizar, investigar/experimentar, analisar dados, reportar confirmações ou refutações, convidar outros pesquisadores a reproduzir resultados e comunicar/divulgar resultados e conclusões. Aprender a pesquisar sem a exclusividade do quantitativo enquanto caráter de cientificidade é o grande desafio tanto para o pesquisador quanto para a concepção de ciência (MINAYO, 2004). É o “pensar fora da caixinha!”. Albert Einstein já afirmava que “Nenhum cientista pensa com fórmulas”. Isso mesmo! O desafio de primar pela qualidade e as múltiplas reflexões no pensamento científico é ainda mais relevante quando se trata de relações humanas e dos diferentes impactos da subjetividade no processo saúde/doença e é o que se propõe esta pesquisa.

O campo da saúde, de acordo com Minayo (2004), deve ser entendido como um campo complexo, onde saúde se faz a partir da ação humana de vários agentes e em várias situações sociais. Assim, a pesquisa social não foge à regra, seu sujeito não é neutro e sua produção científica carrega a marca de seu autor. O estoque do conhecimento do ator social constitui-se em marco de referência para interpretação do mundo, interpretação de dados e coordenação de sua ação:

O objeto principal de discussão são as *Metodologias de Pesquisa Qualitativa* entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2004, p.10).

O objetivo desta pesquisa não é quantificar as ações para então analisá-las, mas sim explicá-las através das relações sociais, afetivas e racionais, estabelecidas entre os agentes e instituições no cotidiano da referida atividade considerando o universo simbólico para dar qualidade na apreensão das vivências e, por vezes, na reelaboração do senso comum. Consideram-se, sobretudo através da dialética, que quantidade e qualidade são atributos inseparáveis na ação humana e que as relações dos sujeitos sociais sobre o processo saúde/doença são perpassadas por questões políticas e institucionais. É o de apreender além do visível (quantitativo) e

por isso na complexidade do objeto de estudo inacabado e em permanente transformação. Considera-se que os fatos não podem ser considerados fora de um contexto social, político, econômico, etc., e estes são fatores a serem considerados cuidadosamente pela pesquisa qualitativa (GIL, 1999; LAKATOS, MARCONI, 1993).

Vindo de encontro ao conceito de saúde mental da OMS (bem-estar biopsicossocial) esse então é o desafio a ser vencido, colocar um olhar de cunho qualitativo em múltiplas imersões de pensamento sobre a realidade vivida no processo saúde/doença mental e, desta maneira, poder construir novos saberes que correspondam à realidade dinâmica da realidade e da Política Pública de Saúde Mental no município de Paranaguá.

Na delimitação e contextualização do objeto de estudo tem-se por objeto de estudo é a Política Pública de Saúde Mental em Paranaguá. Busca analisar a Rede de Saúde Mental em Paranaguá, ou seja, a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e demais unidades integrantes da Política de Saúde Mental pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e efetividade assistencial no espaço territorial do litoral do Paraná a partir da atenção primária. Será realizada numa pesquisa qualitativa, com entrevistas, análise documental e estratégia de grupo, e tendo como informantes profissionais da rede de saúde mental e agentes comunitários de saúde.

Como recorte dessa pesquisa, traremos em especial a atuação dos agentes comunitários de saúde e de profissionais estratégicos no processo de matriciamento nos serviços de saúde mental. Amarante (2009), um dos maiores pesquisadores brasileiros da área de saúde mental, ao tratar da Reforma Psiquiátrica, diz que o objetivo desse processo deve ser maior que apenas transformar o modelo assistencial, mas deve, também, buscar a transformação das práticas de cuidado no contexto da loucura, rediscutindo e redefinindo as relações sociais nesse contexto em prol da garantia de direitos do usuário e dos profissionais da rede.

O objetivo geral da pesquisa é o de compreender o retrato atual da saúde mental na cidade de Paranaguá (PR), destacando avanços e desafios na superação dos paradigmas na política de saúde mental na APS para ampliação da efetividade do tratamento de saúde mental. Para a busca deste objetivo os seguintes passos foram realizados:

- a) Identificar quais as instituições e tecnologias estão envolvidas na dinâmica da política de saúde mental a partir da atenção primária e como atuam na execução das ações de matriciamento no município de Paranaguá.
- b) Compreender como se dá o matriciamento na assistência primária em saúde mental e procurar identificar onde estão as principais fragilidades dessas redes.
- c) Estabelecer comparações, através dos dados levantados e as diretrizes atuais da legislação da política de saúde mental, entre a fase atual do município na implantação do matriciamento e as possibilidades de ampliar as ações e melhorar a qualidade de atenção aos usuários desta política.

### 3.1 PARTINDO DA REALIDADE: O LITORAL PARANAENSE EM SUA TERRITORIALIDADE E REPRESENTATIVIDADE PARA O ESTADO.

Geograficamente localizado a aproximadamente 100 km da capital do Paraná e cortado pela Serra do Mar na região do litoral há predominância do clima subtropical em um bioma de Mata Atlântica mais preservado do Brasil e diante de um alto índice pluviométrico. Tem seus caminhos históricos, como a Estrada da Graciosa e a Estrada de Ferro Curitiba - Paranaguá com o centenário Caminho do Itupava (importante via de ligação entre o litoral e o planalto), seus 40 km de praias em mar aberto, a famosa Ilha do Mel, o fandango como sua dança típica, o barreado como seu principal prato típico e Santuário de Nossa Senhora do Rocio, padroeira do Paraná, em Paranaguá<sup>15</sup>.

Considerada berço da colonização do estado, contempla cidades históricas como Guaraqueçaba, Morretes, Antonina e Paranaguá e em sua composição territorial total o litoral do Paraná é formado por sete municípios: Paranaguá, Matinhos, Pontal do Paraná, Morretes, Antonina, Guaratuba e Guaraqueçaba. Dentre estes o município de Paranaguá é o município mais antigo do estado (fundado em 1648) e considerado entre as dez cidades mais populosas do Paraná.

Comercialmente a região tem sua importância com o maior porto de grãos da América Latina localizado em Paranaguá e o 2º maior volume de exportação do

---

<sup>15</sup> Informações turísticas locais que podem ser encontradas nos sítios das secretarias de turismo dos 7 municípios que compõem a região.

país. De forma geral, a região litorânea, com exceção de suas áreas portuárias, sofre os efeitos da sazonalidade turística, ou seja, tem um inchaço populacional e rendimento econômico na época da temporada (o período do verão onde os turistas se fazem presentes em maior número para aproveitar o lazer que as praias em mar aberto e os rios da região oferecem) e precisa se readaptar quanto às atividades e fontes de renda no período de baixa temporada.

Além disto, o sossego e qualidade de vida das regiões litorâneas e as oportunidades de emprego que vem surgindo na região com a instalação de indústrias portuárias e empreendimentos educacionais na região de Pontal do Paraná, Matinhos e de Paranaguá vem atraindo mais moradores para a região. Em reportagem do Jornal Gazeta do Povo (21/01/2016) Pontal do Paraná e Matinhos estão no ranking das cinco que mais geraram empregos ao longo de 2015. Nessa realidade o IBGE tem registrado aumento populacional na região desde 2014 com uma variação a maior de 5% para o município de Paranaguá (2010-2015) e uma variação maior para o município de Pontal do Paraná (16% de crescimento populacional).

Especificando o território escolhido como recorte para esta pesquisa o município de Paranaguá com seu nome de origem Tupi-Guarani e significado “Grande Mar Redondo” tem seu IDH (índice de desenvolvimento humano) em 0,75, uma população atual estimada (IBGE, 2016) de 151.829 habitantes e uma densidade demográfica (IBGE, 2010) de 169,92 hab/km<sup>2</sup>. Em folder disponível em mesmo sítio<sup>16</sup> encontram-se informações do contexto da saúde municipal (citada a seguinte fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2016; IBGE, Estimativas de População 2015): 4 hospitais gerais (entre públicos e privados) com 1,84 leitos em hospital geral por 1 000 habitantes e 20 centro / unidade básica / posto de saúde.

Nesta perspectiva, enquanto infraestrutura em Saúde Paranaguá teve uma ampliação em sua estrutura com a inauguração de um hospital geral do Estado em 2009 e segue o modelo de atenção do SUS por unidade territorial onde em alguns momentos os municípios que compõem o litoral são vistos de forma individualizada com ações locais (atendimentos em nível de atenção primário) e em outros compõem alianças diante de ações mais complexas (exemplo: Hospital Regional do

---

<sup>16</sup> <http://www.ibge.gov.br/downloads/folders/eleicao2016/41/4118204.pdf>

Litoral com atendimento hospitalar para os sete municípios da região & CISLIPA – Consórcio Intermunicipal do Litoral do Paraná – responsável pelo atendimento de urgência e emergência na região).

Essa articulação entre saúde e geografia não é uma exclusividade da saúde mental pois todo o Sistema único de Saúde opera sobre a lógica das Regiões de Saúde (RAS) que devem contar com dispositivos de Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde, de acordo com o Decreto nº 7598 (Brasil, 2011) (MUHL, 2015, pág. 27).

Conforme regionalização e hierarquização proposta pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR (SESA, 2009), do total de 22 regionais de saúde para o estado inteiro, o litoral paranaense compõe a 1ª Regional de Saúde ou Regional do Litoral com os municípios de Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná e tem em Paranaguá a sede regional.

Figura 3: 1ª Regional de Saúde do Paraná



Fonte: SESA - <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2753>

Sobre a constituição das regiões de saúde, a Secretaria de Saúde (SESA) informa que:

Para ser instituída a região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: - atenção primária - urgência e emergência - atenção psico-social - atenção ambulatorial especializada e hospitalar - vigilância em saúde. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São portas de entrada às ações e serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, os serviços de: - atenção primária - atenção de urgência e emergência - atenção psico-social - especiais de acesso aberto (SESA, 2015, p.8).

Sendo a maior parte dos serviços ofertados na saúde mediante de parcerias entre as três instâncias governamentais (Município, Estado e Governo Federal) a taxa populacional por município, em conjunto com as demandas locais, torna-se um dos critérios (pontos de decisão) no que tange investimentos em Políticas Públicas e oferta de serviços e equipamentos institucionais para a população.

<b>Tabela 8: Dados populacionais e o impacto no planejamento das ações. Distribuição da População por Macrorregião de Saúde do Paraná</b>		
<b>Macrorregião de Saúde</b>	<b>Região de Saúde</b>	<b>População IBGE 2012</b>
Macrorregião Leste	1ª RS Paranaguá	261.384
	2ª RS Curitiba	3.115.142
	3ª RS Ponta Grossa	567.724
	4ª RS Irati	160.174
	5ª RS Guarapuava	438.250
	6ª RS União da Vitória	164.408
	21ª RS Telêmaco Borba	171.486
	<b>Total</b>	<b>4.878.568</b>
Macrorregião Oeste	7ª RS Pato Branco	248.984
	8ª RS Francisco Beltrão	336.712
	9ª RS Foz do Iguaçu	383.170
	10ª RS Cascavel	502.745
	20ª RS Toledo	357.092
	<b>Total</b>	<b>1.828.703</b>
Macrorregião Noroeste	11ª RS Campo Mourão	332.686
	12ª RS Umuarama	263.920
	13ª RS Cianorte	141.689
	14ª RS Paranavaí	259.061
	15ª RS Maringá	721.215
	<b>Total</b>	<b>1.718.571</b>
Macrorregião Norte	16ª RS Apucarana	344.199
	17ª RS Londrina	856.309
	18ª RS Cornélio Procopio	225.610
	19ª RS Jacarezinho	276.032
	22ª RS Ivaiporã	138.745
	<b>Total</b>	<b>1.840.895</b>
<b>Total Geral</b>		<b>10.266.737</b>

Fonte: Plano Diretor de Regionalização, SESA, 2015.

Para o SUS esse é índice fundamental a partir do qual são distribuídos e dimensionados os serviços e dispositivos de saúde entre os municípios. Diante da tabela 8 com dados populacionais dos sete municípios da região temos os maiores investimentos direcionados ao município de Paranaguá e/ou as propostas consorciadas dos demais municípios.

<b>Tabela 9: População 1ª Regional de Saúde</b>	
<b>Município</b>	<b>População IBGE</b>
Antonina	18.891
Guaraqueçaba	7.846
Guaratuba	32.013
Matinhos	29.172
Morretes	15.712
Paranaguá	136.911
Pontal do Paraná	20.839
<b>TOTAL REGIONAL</b>	<b>261.384</b>

Fonte: Plano Diretor de Regionalização, SESA, 2015.

Por regionalização entende-se a organização de territórios de uma dada região. Sendo território a formação de um grupo de pessoas e equipamentos que partilham de uma cultura local e de unidade de tempo histórico.

Na realidade de saúde mental da 1ª Regional tem-se poucos equipamentos estabelecidos e regulamentados conforme segue planilha recente abaixo que mostra os equipamentos disponíveis na Rede de Saúde Mental na 1ª Regional de Saúde, em Paranaguá:

<b>Tabela 10: Rede de Saúde Mental – 1ª RS, Paraná 2015</b>											
<b>Municípios</b>	<b>Atendimento Ambulatorial</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial – CAPS</b>						<b>Residência Terapêutica I</b>	<b>Residência Terapêutica II</b>	<b>Unidade de Acolhimento Infantil</b>	<b>Unidade de Acolhimento Adulto</b>
		<b>CAPS Infantil</b>	<b>CAPS - I</b>	<b>CAPS - II</b>	<b>CAPS - III</b>	<b>CAPS - AD</b>	<b>CAPS - ADIII</b>				
Antonina											
Guaraqueçaba											
Guaratuba	M		M								
Matinhos											
Morretes											
Paranaguá	M		M								
Pontal do Paraná											

Fonte: 01ª Regional de Saúde / Coordenação Regional de Saúde Mental.



Na saúde mental existe estrutura mais estabelecida no litoral paranaense nos municípios de Guaratuba e de Paranaguá como mostra a tabela oficial da 1ª Regional de Saúde. Contudo, há registros em atas de reuniões de iniciativas e/ou estão em fase de implementação equipamentos de saúde mental nos municípios de Matinhos, Pontal do Paraná, Morretes e Antonina.

Assim, Paranaguá foi definida como recorte nesta pesquisa e tem uma Rede de Atenção Psicossocial, modelo de acompanhamento com foco no atendimento holístico e de maior vínculo com o usuário, composta por UBS (Unidade Básica de Saúde) e equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família) e em um processo de matriciamento na atenção primária em fase de implantação, CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) - em fase de qualificação para CAPS II, Ambulatório de Saúde Mental, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), HRL (Hospital Regional do Litoral), CAEM (Centro Avaliação Educacional Multiprofissional), CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social).

As ações de Saúde Mental no município são acompanhadas por ações do Estado junto ao município e do Comitê Regional de Saúde Mental. Além disso, há debates e negociações um dos pontos de atenção, o SIMPR (Serviços Integrados de Saúde Mental) cujo objetivo é, na forma de consórcio intermunicipal de saúde, ofertar atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas através de um CAPS III AD 24 horas e de serviços de referência da Rede de Atenção Psicossocial que ofereçam acolhimento transitório (UA) às pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e em situações de riscos e vulnerabilidades sociais.

### 3.2 DELINEANDO A PESQUISA E SUA RELEVÂNCIA SOCIAL.

“Quem é incapaz de construir hipóteses jamais será cientista” (Antonio Gramsci (1891 – 1937). Frase muito ouvida nos dois primeiros semestres de aulas teóricas do Mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável da UFPR Litoral – turma 2015 – 2. Foi diante de diversas tentativas de debruçar nesta reflexão que fomos aprendendo a pensar e construir todos os elementos da pesquisa.

A pesquisa em questão neste trabalho é uma pesquisa estratégica cujo problema é: O funcionamento da dinâmica de matriciamento a partir da atenção primária na Política Pública de Saúde Mental no município de Paranaguá.

Por que pesquisar a Política Pública de Saúde Mental em Paranaguá? Saúde mental vem sendo pauta de discussões frequentes desde a década de 1980 e desde o século XXI vem sendo reformulada a sua Política de Atenção em alinhamento com o novo conceito de saúde da OMS: processo saúde/doença relaciona-se com modo de vida, origem e as referências das pessoas, respeito às diferenças individuais e exercício da cidadania (bem-estar biopsicossocial) com intervenções em saúde mental a partir da Atenção Primária em Saúde (APS).

Como toda construção de Política Pública em sua implantação e seu aprimoramento entende-se como fundamental uma base em produção científica. Dados quantitativos e qualitativos são as ferramentas importantes para subsidiar decisões estratégicas e ampliar a efetividade das ações propostas pela Política Pública. Na área de saúde mental torna-se ainda mais relevante os dados científicos devido à subjetividade característica do comportamento humano e o momento de mudanças de paradigmas e formas de atenção indicado a partir de 2011 instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Neste cenário não bastará o acompanhamento clínico dos transtornos mentais como se pensava na lógica do acompanhamento manicomial. É cada vez mais necessário que a pessoa com transtorno mental seja acolhida de forma interdisciplinar em seu território e para tal deve-se conhecer e oferecer uma rede de suporte para essa pessoa, rede essa que é feita de pessoas e de serviços.

Justifica-se esta pesquisa no sentido de trazer as contribuições de um olhar qualitativo para a Política Pública de Saúde Mental no município de Paranaguá. Entende-se que uma maior compreensão da dinâmica de rede e de matriciamento dessa Rede de Saúde Mental pode potencializar o funcionamento da mesma, ampliar a clareza dos profissionais sobre os serviços que fazem parte da rede e sobre como são os fluxos para realização dos encaminhamentos necessários de maneira adequada a proposta de matriciamento e, assim, facilita para os usuários o acesso a um cuidado mais integral e resolutivo no acompanhamento em saúde mental.

Dito isso, é importante destacar que para uma sociedade cada vez mais complexa, em suas relações interpessoais e institucionais, várias são as demandas que surgem na saúde mental dos usuários do Sistema de Saúde Brasileiro. Ao longo da implantação das principais mudanças na Política de Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica as práticas propostas pela política foram sendo testadas e novos desafios foram surgindo. O principal desafio nesta política é o da não institucionalização, da reintegração social do usuário de saúde mental e, atualmente, da implantação do modelo de atenção comunitária.

A intenção com a pesquisa é conhecer outras formas de contribuir com a Política Pública de Saúde Mental utilizando conceitos de Rede, Poder e Território e outros das Ciências Sociais aplicadas para problematizar a Política Pública de Saúde Mental em Paranaguá, incluindo o processo de matriciamento na atenção primária. Ao final, com o resultado da pesquisa, almeja-se contribuir com reflexões sobre a dinâmica de funcionamento da Política de Saúde Mental na relação com os usuários e ampliar o conhecimento público da situação da saúde mental na região do litoral. Em outras palavras o objetivo da pesquisa é a compreensão da Política Pública de Saúde Mental em Paranaguá destacando avanços e desafios na superação dos paradigmas da atenção em saúde mental a partir da APS. Para tal três passos são relevantes: identificação das instituições e tecnologias envolvidas no matriciamento e na APS em saúde mental; compreender a dinâmica de matriciamento no município e identificar possíveis fragilidades da rede; e, estabelecer comparações entre a proposta da Política Pública de Saúde Mental e sua execução no município.

Num cenário pós-reforma psiquiátrica de apenas quinze anos de mudança de paradigmas na política de saúde mental e de apenas cinco anos com ênfase na atenção primária tem-se conhecimento de que existem fragilidades e potencialidades no atendimento ao usuário de saúde mental no município. Nesse sentido, a presente pesquisa tem por hipóteses: a) Um dos maiores desafios da saúde mental é a não compreensão dos trabalhadores da saúde sobre a dinâmica da nova configuração da rede de saúde mental na lógica do apoio matricial; b) A política de matriciamento possui dificuldades estruturais para seu funcionamento no município de Paranaguá, por exemplo, a ausência de equipamentos de saúde mental em conformidade com os dados populacionais e as demandas locais.

O método de pesquisa foi qualitativo, que, para Minayo (2008), responde a questões muito particulares por trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes, em um nível de realidade que não é visível, precisa ser exposta e interpretada, primeiramente, pelo próprio pesquisador. Consiste em estudo aprofundado/detalhamento exaustivo a respeito da Política Pública de Saúde Mental no município de Paranaguá. A definição da amostragem foi não probabilística intencional devido à relevância em buscar fontes estratégicas na aplicação da Política Pública em questão.

### 3.3 TRAJETÓRIA DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa analisou a Rede de Saúde Mental em Paranaguá (integrante da 1ª Regional de Saúde do Paraná), ou seja, a articulação das ações de saúde mental (SM) entre as equipes da ESF e demais unidades integrantes desta política pelo processo de matriciamento, com ênfase na integralidade do cuidado e efetividade assistencial, no espaço territorial do litoral do Paraná a partir da APS. Contou com entrevistas semi-estruturadas (MINAYO, 2004) com profissionais da rede de saúde mental; análise documental (atas do Comitê Regional de Saúde e a Lei 8.080/90 (estrutura o SUS), a Lei federal nº 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e o Portaria do MS nº 3.088/11 (Rede de Atenção Psicossocial - RAPS); e estratégia de grupo focal (Morgan, 1997) com agentes comunitários de saúde (ACS).

Na escolha dos agentes a serem entrevistados considerou-se os atores mais relevantes dentro do município; a possibilidade de ampliar o número de entrevistados (inclusão progressiva) se identificados demais atores relevantes; e, previstas possíveis triangulações<sup>17</sup>. Neste caso o quantitativo de pessoas a serem ouvidas é tido como menos relevante do que o escutar sob diferentes perspectivas, atores em diferentes posições e relações de poder no que tange ao objeto de estudo.

---

<sup>17</sup> Triangulação é um termo usado nas abordagens qualitativas para indicar o uso concomitante de várias técnicas de abordagens e de várias modalidades de análise, de vários informantes e pontos de vista de observação, visando a verificação e validação da pesquisa. (MINAYO, 2004, p. 102).

O universo de dados foi composto por 12 entrevistas com profissionais da rede de SM; exploração literária das Leis de Saúde Mental e das 45 Atas do Comitê Regional de Saúde Mental; participação em uma reunião técnica da ESF com os ACS e das falas de 7 ACS da única ESF em que foi realizado o Grupo Focal. Apesar do planejamento inicial, por questão de agenda, não foi possível entrevistar profissional da Secretaria de Assistência Social. Segue perfil dos entrevistados:

<b>Tabela 11: Perfil dos Profissionais da Rede de SM Entrevistados.</b>				
<b>Nº</b>	<b>Área de atuação do Entrevistado</b>	<b>Formação base</b>	<b>Experiência no serviço público e na saúde mental.</b>	<b>Menção no trabalho</b>
01	Profissional da Secretaria Estadual de Saúde.	Assistência Social	Mais de 5 anos junto a Saúde Mental.	Entrevista 01
04	Profissionais da Atenção Primária em Saúde.	Psicologia (03) e Odontologia (01)	Mínimo 15 anos de experiência em programas municipais de saúde incluindo o conhecimento em Saúde Mental.	Entrevistas 02, 05, 07 e 08.
03	Profissionais da Atenção Secundária em Saúde.	Psicologia (02) e Terapia Ocupacional (01)	Todos com vasta experiência em gestão e em saúde mental. Dois atuando na SM do município desde o início desta política. Uma com experiência em licenciatura no tema além de atuação com SM há mais de 10 anos.	Entrevistas 03, 04 e 06.
02	Profissionais do Serviço de Urgência e Emergência	Medicina (01) e Enfermagem (01)	Um com vasto conhecimento e vivência em SM em experiências de trabalho no litoral e na capital e outro com pouca vivência em SM.	Entrevista 09 e 11.
01	Profissional da Secretaria de Educação	Pedagogia	Mais de 20 anos de vivência em SM através da educação especial.	Entrevista 10.
01	Membro do Ministério Público.	Direito	Seis anos de experiência na função.	Entrevista 12.

A delimitação e contextualização do objeto, a metodologia de coleta de dados e seus instrumentos e o percurso analítico adotado representam as três diferentes fases da pesquisa que fazem parte da trajetória da investigação científica: Fase exploratória da pesquisa; Fase do trabalho de campo / coleta de dados; e, Fase de análise ou tratamento do material.

### 3.3.1 Fase Exploratória da Pesquisa

A primeira fase realizada foi a *fase exploratória da pesquisa*. Esta fase representa o primeiro balizamento da busca do conhecimento com a certeza de que serão múltiplos os olhares e feixes de conhecimento necessários a compreensão do objeto de estudo. Como afirma Minayo (2004, p.89) em relação a esta fase: “Compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção de um marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e de exploração do campo”.

Várias são então as perguntas a serem respondidas a partir deste momento. E, na exploração do campo iniciaram-se as aproximações com as instituições que contribuirão com a pesquisa e a elaboração textual e preenchimento da documentação para aprovação do Projeto de Pesquisa junto ao Comitê de Ética (CAAE 58269816.8.0000.0102). As perguntas em questão trazem respostas que balizam as próximas ações, mas também são meados para novas dúvidas uma vez que quanto mais se aproximamos do objeto de estudo para conhecê-lo mais detalhes far-se-ão necessários a nossa compreensão do todo.

Esta fase representa o melhor delineamento da ação de pesquisa e teve duas grandes ações. A primeira ação foi a de exploração teórica dos conceitos de redes, território, política pública e saúde mental para compreensão das relações de poder estabelecidas e da conceituação de território explicitada dentro da política de saúde mental. Foi realizado o levantamento bibliográfico e o estabelecido o contato com as instituições e profissionais a serem pesquisados. Sempre tendo como foco o estabelecimento dos elos entre estes conceitos e como a atuação nesta área pode favorecer a coletividade dentro do território. É o exercício hermenêutico de leitura e reflexão acerca de críticas teóricas e práticas relacionadas ao objeto de estudo e uma pesquisa documental referente ao histórico de saúde mental do município.

Com um arcabouço teórico ampliado foi possível a construção dos instrumentos de pesquisa para a coleta de dados sob forma de entrevista semi-estruturada junto aos gestores das instituições da Rede previamente selecionados com observação sistemática e para discussão em grupo junto aos Agentes Comunitários de Saúde das unidades básicas de saúde que tiveram a implantação

do NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) formalizada no final do período da coleta de dados.

Como orienta Minayo (2004, p.99) para melhor apreender o ponto de vista dos atores sociais a serem ouvidos por estes instrumentos é importante ter poucas questões com foco de facilitar a abertura ao diálogo e o aprofundamento das questões cabíveis ao problema de pesquisa. Assim, os roteiros, tanto da entrevista individual quanto da entrevista em grupo, através das perguntas propostas fazem o delineamento do objeto; possibilitam um diálogo ampliado; contribuem para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos que compõem o objeto de estudo. Além disso, como comum escutar nos corredores universitários, não faltou o velho e bom caderno de campo com registros de situações informais ou formais que compõem o quadro das representações sociais dos interlocutores e suas respectivas instituições.

Em paralelo a este momento foram realizados todos os tramites necessários à aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética. A aprovação pelo devido Comitê de Ética aconteceu sob Número do Parecer 1.689.364 na data de 22 de Agosto de 2016 (CAAE 58269816.8.0000.0102) e início a fase de coleta de dados com assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa seguiu a data posta em cronograma, outubro de 2016. Por fim, a entrada em campo marcou o final desta fase mesmo quando as fases se interpenetram.

### 3.3.2 Fase de Trabalho de Campo / Coleta de Dados.

Diante da aprovação pelo devido Comitê de Ética a fase de coleta de dados teve início com convite aos colaboradores da pesquisa em participar mediante as assinaturas dos termos de consentimento livre e com comprometimento de manter o anonimato dos colaboradores foi atribuída uma sigla para cada um deles.

Nesta etapa essencial da pesquisa qualitativa, a coleta de informações junto às secretarias municipais de saúde e demais equipamentos que se fizeram necessários no município de Paranaguá, profissionais atuantes nas mesmas e outras instituições de representação coletiva e/ou comunitárias afins. Com a formalização do contato com a coordenação dos serviços, todos os profissionais pré-selecionados em cada um dos serviços foram convidados a participar dessa

pesquisa mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (disponível na íntegra nos apêndices), sendo as diferentes formas de coleta de dados (entrevista semi-estruturada e estratégia de grupo focal) organizadas de acordo com as disponibilidades dos profissionais e a dinâmica do serviço. Também fora aprofundada a análise documental, as anotações de observação no diário de campo além das entrevistas e atividades de grupo para fazer uma leitura da dinâmica de APS mental, na cidade de Paranaguá (PR).

A entrevista, como fonte de dados primários e secundários, segundo Minayo (2008), é uma forma privilegiada de obter informações, já que o seu processo de interação social está sujeito a mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. “É tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado assunto científico – é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo”. (MINAYO, 2004, p.107).

Nesta proposta a entrevista foi semi-estruturada onde o entrevistado é provocado a falar através de algumas questões pré-estabelecidas (em anexo), mas que também tem a liberdade de acrescentar informações que entender relevante. A entrevista semi-estruturada (MINAYO, 2008) foi realizada com os profissionais de saúde mental (gestores e equipe técnica da atenção primária, secundária e terciária que compõem a rede de saúde mental do município de Paranaguá) e o grupo focal (MORGAN, 1997) foi realizado com os agentes comunitários de saúde. Será uma metodologia qualitativa e pode utilizar dados secundários quantitativos para aprofundar a coleta de dados e a análise.

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004, p.109 e 110).

Neste sentido também se faz relevante a qualidade da interação entre o pesquisador e os atores sociais. No caso desta pesquisadora em questão essa relação é confirmada pois na ausência de dissimetria na maior parte das entrevistas o discurso do entrevistado fluiu de maneira tranquila e interessada. Ademais,



paralelamente a entrevista em profundidade foi aceito o convite para participar das reuniões do Comitê de Saúde Mental e delas participo desde junho de 2016.

Na atividade de grupo (grupo focal) com os agentes comunitários de saúde as perguntas disparadoras sobre o papel deste profissional da atenção primária nas intervenções de saúde mental (ver apêndice) possibilitaram o desenrolar um debate capaz de explicitar o pensamento destes profissionais em relação ao usuário, a forma de atendê-lo e encaminhá-lo dentro da rede de saúde mental.

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do parcial, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 2004, p.129).

Esta técnica representa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade e é relevante enquanto fonte de compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos grupos humanos. Conforme Morgan (1997) a técnica de grupo focal para coleta de dados acontece por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador.

### 3.3.3 Fase de Análise Ou Tratamento do Material.

Esta última fase refere-se ao percurso analítico adotado e visa estabelecer comparações, através dos dados levantados e as diretrizes atuais da legislação da política de saúde mental, entre a fase atual do município na Política de Saúde Mental e as possibilidades de ampliar as ações e melhorar a qualidade de atenção aos usuários desta política. Para tal os dados foram primeiramente organizados para posterior análise das relações.

Os dados foram recolhidos a partir das entrevistas individuais, resultados de discussão de grupos focais, resultados de observação e documentos das legislações de saúde mental e dos registros do Comitê Regional de Saúde Mental. As entrevistas foram gravadas, transcritas, analisadas e depois tiveram seus áudios eliminados conforme comprometimento da pesquisadora com os entrevistados, registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Diante de todo este material foi tomado cuidado para não debater-se nos três obstáculos que cita Minayo (2004, pág. 197): a “ilusão da transparência” (perigo da

compreensão espontânea do real), sucumbir a magia dos métodos e das técnicas, a dificuldade de se juntarem teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo. Também a atenção para atingir os três objetivos da análise de materiais: a ultrapassagem da incerteza ampliando a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens; o enriquecimento da leitura através de uma boa “administração de provas” e a integração das descobertas buscando uma visão heurística.

Para a fase de preparação do material coletado foram utilizadas as técnicas de transcrição comentada para as entrevistas. O procedimento de análise e interpretação dos dados se deu a partir da busca de significados “[...] verificação sistemática dos temas que se repetem com vistas ao estabelecimento de relações entre os fatos e as possíveis explicações” (GIL, 2010, p.123) com recursos da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016). Desta forma ficaram assim constituídas as etapas para a análise dos dados: 1) Estabelecer o sentido do todo; 2) Determinação das partes – divisão das unidades de significado; 3) Co-relação entre os dados quantitativos e os dados qualitativos; e 4) Determinação da estrutura geral.

A análise de conteúdo trata-se de um conjunto de técnicas, um conjunto de apetrechos, de análise das comunicações que teve o início de seu desenvolvimento na época do pós guerras em meio a imprensa e no estudo de propagandas americanos sob a luz da hermenêutica, do behaviorismo, das ciências sociais e políticas e da linguística. Após 1960 passou a receber influências da tecnologia e da semiótica. É vista como uma técnica que refina e exige alguns atributos do pesquisador: dedicação, paciência, tempo, intuição, imaginação, criatividade, disciplina, perseverança e rigor. Traz como um de seus grandes desafios a prática de “leituras sistemáticas” e a descrição analítica para o objetivo final de inferências:

A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). [...] O analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, por exemplo. Tal como um detetive, o analista trabalha com índices cuidadosamente postos em evidencia por procedimentos mais ou menos complexos. Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a

passagem, explícita e controlada, de uma à outra (BARDIN, 2016, grifo da autora, p.44 e 45).

Desta maneira o analista tem de fazer dois movimentos: compreender o sentido da comunicação nos parâmetros do receptor normal e, principalmente, desviar o olhar para outra significação que possa estar subjetivada. Em outras palavras, seria o atingir através de significantes ou significados (manipulados) outros significados de ordem psicológica, sociológica, histórica, política ou outros. A análise documental dentro da perspectiva da inferência permite a abstração que faz do documento primário um documento secundário (representação do primeiro):

Podemos defini-la como 'uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referenciação. Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. O propósito a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). A análise documental é, portanto, uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados (BARDIN, 2016, p.51).

Para os dados documentais desta pesquisa esta técnica foi extremamente útil no que se trata de estabelecer relação entre os contextos de formulações das legislações de saúde mental e das ações propostas por grupos que debatem a práxis nesta temática, saúde mental. Através da compilação pós inferências torna-se mais adequado o movimento de hipostesiar relações entre as propostas documentais e a práxis e principalmente diante de um processo de inferência em filigrana perceber a dialéticas das hipóteses e dos indicadores,

Para melhor aplicação de técnicas de análise de conteúdo Bardin (2016; (p.125 -132) no seu capítulo de Organização da análise sugere três pólos cronológicos:

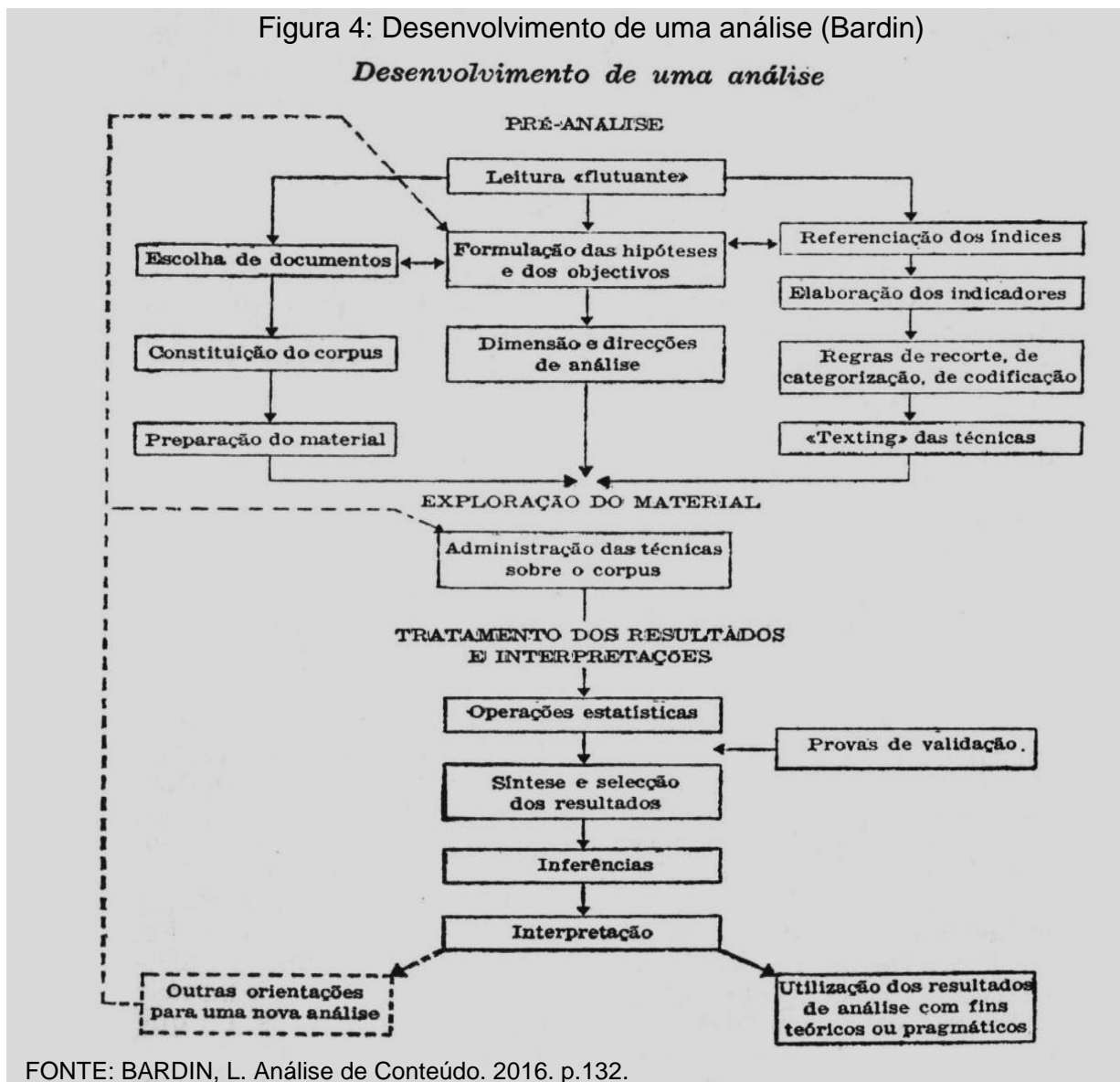
- ✓ Pré análise: organização propriamente dita com “leitura flutuante”; escolha dos documentos a serem analisados considerando as regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência; formulação das hipóteses e objetivos; a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final; e, a

preparação de materiais com recursos de marcadores de textos e textos impressos.

- ✓ Exploração do material: representa a codificação, a aplicação sistemática das decisões tomadas, numa fase longa e cansativa que resulta de uma sucessão de operações de codificação, decomposição ou enumeração segundo regras previamente formuladas.
- ✓ Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: resulta de operações estatísticas simples (percentagens) ou complexas (análise fatorial) que ao condensar informações permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras ou modelos.

Operacionalmente a análise de conteúdo parte de uma leitura em primeira plano para um aprofundamento que vai além dos significados manifestos. Para isto, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) e articula a superfície dos textos descritos e analisados com variáveis psicossociais, contexto cultural e contexto e produção da mensagem. Simplificadamente é possível resumir no seguinte quadro as ideias de Bardin sobre o desenvolvimento de uma análise:

Figura 4: Desenvolvimento de uma análise (Bardin)



A técnica de análise de conteúdo utilizada nesta pesquisa foi a *Análise das Relações*. Esta se preocupa com as relações que os vários elementos mantêm entre si dentro de um texto e sofre na sua estruturação influências da teoria da associação de Freud e da Análise da Coocorrências esboçada por Baldwin (1942 – nas “cartas de Jenny”). A principal vantagem desta última técnica é “ter utilidade para clarificar as estruturas de personalidade, as ‘preocupações latentes’ individuais ou coletivas, os estereótipos, as representações sociais e as ideologias” (BARDIN, 2016, p. 263).

Com todo material compilado foi realizada a comparação da dinâmica atual de funcionamento da Política Pública e as possibilidades de ampliação da efetividade do matriciamento na Rede de Saúde Mental de Paranaguá conforme diretrizes legais.

#### 4. DESDOBRAMENTOS DA ANÁLISE: CANTADELA DO CONHECIMENTO

A exploração de todo material coletado trouxe um vasto universo de dados e conhecimento que serão trazidos e refletidos ao longo de quatro tópicos neste capítulo: Relato histórico da Política Pública de Saúde Mental em Paranaguá; Registros documentais sobre a saúde mental no município; dados coletados nas entrevistas e grupos focais a respeito das práxis institucionais e intersetoriais na saúde mental; releituras dos documentos e do conjunto dos discursos da pesquisa.

Para percorrer esse caminho pela cantadela do conhecimento segue alguns indicadores derivados das coletas de dados que apoiam os leitores na compreensão da Política de Saúde Mental no município de Paranaguá - PR:

- ✓ A vivência de trabalhar com saúde mental;
- ✓ O conhecimento a respeito da Política Pública de Saúde Mental;
- ✓ A oferta de capacitações na área de saúde mental;
- ✓ A relação entre discurso político e a prática da Política de Saúde Mental;
- ✓ Pontos a melhorar na questão da saúde mental em Paranaguá;
- ✓ O conhecimento do conceito de matriciamento;
- ✓ O papel dos Agentes Comunitários de Saúde na Saúde Mental;
- ✓ Atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários na área de Saúde Mental;
- ✓ O conhecimento dos Agentes Comunitários sobre a estratégia de apoio matricial.

Estes indicadores foram trabalhados pela análise de conteúdo e perpassados pelas hipóteses iniciais da pesquisa, citadas abaixo, para a compreensão do momento atual da Política Pública de Saúde Mental em Paranaguá:

- a) Um dos maiores desafios da saúde mental é a não compreensão dos trabalhadores da saúde sobre a dinâmica da nova configuração da rede de saúde mental na lógica do apoio matricial.
- b) A política de matriciamento possui dificuldades estruturais para seu funcionamento no município de Paranaguá, por exemplo, a ausência de equipamentos de saúde mental em conformidade com os dados populacionais e as demandas locais.

Estas hipóteses remetem à proposta de transformação na atenção à saúde mental através do investimento em saúde mental na APS, com a proposição do Núcleo de Atenção Saúde da Família – NASF (PORTARIA Nº154 DE 2008) no modelo de atenção Saúde da Família, e a nova proposta de atenção em saúde mental com a regulamentação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial (PORTARIA 3088 DE 2011).

Ao longo desta análise, com apoio em tratamentos estatísticos (nas análises documentais), inferências e interpretações procurou-se atingir os objetivos da pesquisa:

- ✓ Identificar quais as instituições e tecnologias estão envolvidas na dinâmica da Política Pública de Saúde Mental a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), ou atenção básica, e como atuam na execução das ações de matriciamento no município de Paranaguá.
- ✓ Compreender como se dá o matriciamento na assistência primária em saúde mental e procurar identificar onde estão as principais fragilidades dessas redes.
- ✓ Estabelecer comparações, através dos dados levantados e as diretrizes atuais da legislação da Política de Saúde Mental, entre a fase atual do município na implantação do matriciamento e as possibilidades de ampliar as ações e melhorar a qualidade de atenção aos usuários desta política.

#### 4.1 RELATOS HISTÓRICOS E COMPREENSÃO DA LEGISLAÇÃO ESPECIALMENTE NA DINAMICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ.

Somente a navegação pela história da saúde mental no município de Paranaguá permite a compreensão dos caminhos legislativos nas esferas federal, estadual e municipal e os momentos de alinhamento e dissonância entre estas regulamentações e a realidade e possibilidades locais.

Para esta parte da análise foram utilizadas as respostas de uma das questões da entrevista com profissionais de Saúde a respeito do conhecimento que detém sobre a Política Pública de Saúde Mental em Paranaguá; o relato da história da implantação da Política Pública de Saúde Mental no município em suas diversas fases e registros do site da Secretaria Estadual Saúde (SESA) a respeito do contexto Estadual de Saúde Mental, incluindo o Plano Estadual de Saúde do Paraná

(2016-2019); e as informações registradas na Ação Civil Pública, com pedido liminar, em face da situação atual do município de Paranaguá (datada de 25.10.2016).

Nacionalmente, partindo dos primeiros registros legislativos com Dom Pedro II (com a psiquiatria biomédica, o movimento higienista e os hospícios para tratamento dos alienados), a história da saúde mental sofre reorganizações no que tange à assistência tanto na Era Vargas (ênfase na profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos), quanto na segunda metade do século XX (influenciados também pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, a era dos psicofármacos e as discussões da Organização Mundial de Saúde no sentido da prevenção e promoção de saúde). Somando-se ao movimento da psiquiatria europeia (principalmente a italiana), a concepção de Saúde Pública na Constituição de 1988 e a Lei orgânica da Saúde impulsionam a regulamentação legal do SUS (Lei nº 8.080/90) e novo redirecionamento no modelo assistencial em saúde mental (Lei 10.216/2001) e como a instituição da RAPS (Portaria 3.088/2011).

Em outras palavras, em seu histórico faz a transição do modelo de assistência hospitalocêntrico (predominou até meados dos anos 2000), para o modelo biopsicossocial (a partir de 2001) e, após para o modelo saúde da família (a partir de 2005) – (VENETIKIDES, MACENO, PEDOTTIM MOYSES, 2003). O modelo hospitalocêntrico enfatiza o tratamento médico e medicamentoso, enquanto o biopsicossocial evidencia a desospitalização e a reinserção comunitária. Já o terceiro modelo, saúde da família, preconiza o acompanhamento comunitário contínuo da atenção primária junto à família com foco na prevenção e promoção de saúde mental (o investimento em atenção primária no município começou em 2005).

Regionalmente, o marco da legislação paranaense nesta área seguiu em alinhamento com o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (derivado do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana) com a aprovação da Lei Estadual 11.189/1995 que dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais com ênfase em processo de desospitalização. Seguido a esta, as mudanças na assistência em saúde mental que foram se seguindo nacionalmente foram sendo validadas e reforçadas por resoluções e deliberações estaduais.



Neste sentido, a primeira iniciativa de implantação de ações de saúde mental em Paranaguá foi em 1997 com a elaboração do Projeto Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Já neste período eram claras as demandas locais por investimentos em saúde mental. A entrevista 6 (2016) explicita as demandas locais pelas próprias características municipais, ou seja, de uma cidade portuária com índices importantes de população flutuante (trabalhadores do transporte terrestre e estrangeiros do transporte fluvial que chegam ao porto), circulação e uso e abuso de substâncias psicoativas e prostituição.

*E quando nós começamos a fomentar essa situação, a gente vai vendo que o município de Paranaguá realmente tinha uma população que necessitava desse serviço. Eu digo que era uma questão bastante cultural do município, principalmente a questão do alcoolismo. Que o alcoolista é ou será talvez um futuro paciente com sofrimento mental, e não só de dependência química. [...] era muito comum essa população, principalmente essa população portuária, de que eles saíssem do trabalho e fossem, frequentassem esses bares aquilo era uma questão comum, diariamente. [...] nós temos uma população flutuante dentro do município de Paranaguá, que quando a gente pensa numa situação de caminhoneiro, que isso se tornou prática deles, o uso da cocaína e de outros entorpecentes, e com essa população flutuante e como nós temos um nível de prostituição muito grande, isso acaba entrando no município [...] eles [trabalhadores do serviço de transporte individual privado] pegam muita gente, na questão portuária, de navios que chegam, então eles descem e a primeira coisa que perguntam é: ponto de vendas de drogas (ENTREVISTA 6, 2016).*

Todavia passaram dez anos do levantamento da demanda para a inauguração do CAPS em sua primeira modalidade (CAPS I) em 2007, seguido da inauguração do Ambulatório de Saúde Mental. Apenas em meados de 2015 iniciaram-se ações formalizadas de Saúde Mental junto ao Programa Saúde da Família (PSF).

*Então, essa implantação já é um projeto de muito tempo, desde 1997, que o CAPS tinha, mas conseguiu-se implantar definitivamente em 2007, levou 10 anos. Implantou-se o CAPS. A partir da implantação do CAPS criou-se o ambulatório também, devido a demanda (ENTREVISTA 3, 2016).*

*Começou na atenção secundária, eu acho que está errado, deveria tudo partir da atenção primária, tudo deve começar pelo ponto de atenção primária para depois ir para secundária. Aqui no município começou primeiro na secundária, no CAPS. Aí com os anos foram se montando um ponto de atenção que foi a triagem na saúde mental [...]. Não tinha atenção primária, não existia, então a pessoa procurava direto o CAPS (ENTREVISTA 2, 2016).*

Em relação à implantação do Ambulatório de Saúde Mental entende-se, pela visão de alguns entrevistados que foi um “erro necessário”, ou seja, uma maneira de triar os casos de saúde mental para evitar “inchaço” nas demandas para o CAPS. Assim, os que procuravam tratamento de saúde mental junto à atenção secundária eram triados pelo Ambulatório de SM e a partir de então encaminhados para o CAPS ou mantidos em acompanhamento ambulatorial, conforme explicitado em entrevista.

*Então o CAPS, o ambulatório, por todos os meus estudos, participando de congressos, dos fóruns, os estudos que a gente faz por conta própria em saúde mental, o que acontece? A gente não deveria ter ambulatórios, que é aquele modelo ainda medicamentoso, aquele modelo ainda totalmente psiquiátrico. Se nós tivéssemos uma rede funcionando adequadamente para a saúde mental o ambulatório não existiria porque a atenção primária daria conta de muita coisa e os CAPS, em seguida, e outros dispositivos poderiam dar conta dos demais casos. Infelizmente não é nosso caso, então o nosso ambulatório foi um erro necessário (...) (ENTREVISTA 3, 2016).*

Entende-se então que o ambulatório está em desconformidade com as premissas da Política Pública de Saúde Mental, mas que, ao mesmo tempo, pode ser aliado da organização das demandas do CAPS diante da ausência de estratégias de saúde mental na atenção primária. Para Souza (2015, p.48):

Um dos objetivos que impulsionaram a criação dos ambulatórios refere-se à diminuição das internações hospitalares, de forma que captasse a população egressa dos hospitais e evitasse os altos índices de reinternação. Entretanto, essa experiência conduziu à criação de uma nova demanda, distinta da hospitalar, psiquiatrizando e psicologizando problemas da vida cotidiana.

O que se entende aqui é que a necessária atuação enquanto promoção de saúde é que poderá reverter esse quadro impulsionando o protagonismo do usuário de saúde mental no seu próprio cotidiano.

Em tempo, nessa trajetória municipal da saúde mental três são as situações críticas atuais colocadas pelos entrevistados ao relatar sobre a PP de SM no município: a relação Ambulatório de SM mental e CAPS enquanto espaço físico; a relação CAPS e atenção primária enquanto experiência de matriciamento; e, dificuldades enquanto atendimento do usuário do serviço de saúde mental em nível

de atenção hospitalar. Cita-se ainda que desde a mudança de gestão municipal em 2012 houve retrocesso na Política de Saúde Mental municipal com baixa de investimentos e significativa estagnação das ações.

Em sua implantação, o CAPS e o ambulatório de SM funcionavam em prédios distintos com via de acesso diferenciada também e seus espaços físicos eram adequados as suas respectivas dinâmicas de funcionamento. Contudo, no momento atual, os dois equipamentos mudaram de espaço físico indo para um espaço compartilhado em uma estrutura de antiga unidade de saúde. Entende-se que a conjugação do serviço interfere na dinâmica dos dois equipamentos e da Política Pública de Saúde Mental e o espaço físico inadequado (salas de consultórios num tamanho pequeno e corredores estreitos) impossibilita as atividades de grupo propostas nas atividades de CAPS. Esse desconforto é percebido na Entrevista 3 (2016):

*[...] neste último ano o fato de nós termos o mesmo psiquiatra trabalhando nos dois serviços, a mudança de prédio, do ambulatório para dentro do prédio do CAPS, trouxe muito transtorno, muita confusão. [...] Nossa intenção hoje é essa, separar os dois serviços para que façamos com que a rede volte a funcionar.*

Neste período da gestão anterior, mencionado acima, há um relato de iniciativa para adequação do CAPS conforme dados populacionais: “[...] daí no final de 2014 a gente estava fazendo tudo, eu já estava fazendo projeto para mudar para CAPS II” (ENTREVISTA 8, 2016). Este projeto não foi adiante apesar de apresentado oficialmente ao Ministério Público, e hoje ainda é tema de debates e cobranças.

Conforme a Matriz de Competências dos Pontos de Atenção da Rede<sup>18</sup>, dentre as ações de responsabilidade do CAPS, além do acompanhamento psicossocial do usuário de SM de média complexidade, está a proposta de matriciamento em saúde mental. O CAPS em Paranaguá teve iniciativas de matricular junto à atenção primária de 2007 até 2013 num projeto piloto, mas relataram dificuldades na relação CAPS e Programa Saúde da Família (PSF).

<sup>18</sup>

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MATRIZ\\_SAUDE\\_MENTAL.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MATRIZ_SAUDE_MENTAL.pdf)

*Tivemos uma grande dificuldade no começo com a Estratégia Saúde da Família porque quando a gente tentava inserir a saúde mental e a gente escutava o que? Eu sou médico, eu não trabalho com louco, eu sou médico, como se a saúde mental não fosse uma parte da medicina, isso a gente ouvia bastante. Então, aos poucos nós fomos trabalhando e sensibilizando esse pessoal para que pelo menos eles tivessem uma clínica do olhar um pouco diferenciada em relação a isso [...] nós fomos conseguindo, porém como houve uma mudança de governo, no município, e nos acabamos perdendo quase todos os médicos da Estratégia Saúde da Família, e no ano de 2013 entrou uma nova equipe, depois acabou vindo os médicos do Programa Mais Médicos, que são os Cubanos, e isso perdeu-se, não existiu mais. Então todo esse matriciamento que tentamos fazer desde o ano de 2007, nós tivemos uma regressão muito grande, e vai mudando equipe, vai mudando equipe e não pudemos pegar essa equipe e fazer uma sensibilização”. (ENTREVISTA 6, 2016).*

Na continuidade do relato histórico da saúde mental em Paranaguá a atenção hospitalar também aparece como fonte de críticas desde antes das regulamentações a respeito dos leitos psiquiátricos em hospital geral como demonstrado na Entrevista 9 (2016):

*A saúde mental passou por diversas dificuldades aqui no litoral. Antes até mesmo da criação do hospital regional quando tinha a Santa Casa e mesmo o hospital regional antigo a dificuldade que a gente tinha é porque nós não tínhamos aí, até o meu conhecimento, nós não tínhamos um psiquiatra que fosse específico e que ficasse de plantão durante um tempo no hospital. Com o surgimento da lei que obriga a gente ter no hospital geral um número determinado de leitos, isso teve uma tendência a melhorar. Mas independente disso eu vejo ainda que a saúde mental, ela ainda é muito deixada de lado se a gente for comparar com o restante dos investimentos que são feitos nos outros tipos de pacientes.*

Considera-se aqui, na continuidade da mesma entrevista, que a saúde mental não é prioridade por tender a altos investimentos financeiros em resultados que serão de longo prazo.

Em 2011 há um redesenho na Política de Saúde Mental com a regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Portaria 3.088/2011). Esta segue os princípios e diretrizes do SUS (universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social, descentralização da gestão e hierarquização dos serviços) em conformidade com a Reforma Psiquiátrica e as Leis Federais nº 10.216/01 e nº 10.708/03, a Lei Estadual nº 11.189/95 e o Plano “Crack, vencer é possível” do Governo Federal (Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – Decreto nº 7.179/2010). Esta modifica

o centro de atenção em saúde mental e visa a atenção integral às pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas com suporte ao usuário e seus familiares através de diversos pontos de atenção. São pontos de atenção (descritos detalhadamente em capítulo anterior pela matriz de competências dos pontos de atenção da rede) que extrapolam o setor de saúde seguindo a lógica da intersetorialidade<sup>19</sup>:

- ✓ Atenção Primária em Saúde: Consultórios de Rua; Unidades Básicas de Saúde – UBS; Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF; Academia da Saúde; e, Centro de Referência em Assistência Social – CRAS;
- ✓ Atenção Secundária: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em todas as suas modalidades; Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS; Unidade de Acolhimento / Serviço de Atenção em Regime Residencial – UA nas modalidades adulto ou infanto-juvenil; Centro de Especialidades; Hospital Geral; Hospital Especializado em Psiquiatria; Pronto Atendimento / Unidade de Pronto Atendimento – UPA; Serviço Residencial Terapêutico – SRT; e, o Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR.
- ✓ Rede de Apoio: domicílio; e, rede de ajuda mútua (por exemplo: associações, ONGs, Centros de Convivência, Espaços Religiosos, etc.).

Desde 2011 até a presente data, diversas foram as ações implantadas pelo Estado com o objetivo de instituir a Rede de Saúde Mental nos moldes citados: instituição do CISMEEP nas várias regionais de saúde que compõem o Estado; regulação dos leitos de saúde mental em hospital especializado pelo Complexo Regulador do Estado; realização de eventos temáticos de saúde mental desde 2012; elaboração de Planos de Ações Regionais de Saúde Mental a partir de diagnósticos situacionais; instituição do Grupo Condutor Estadual da RAPS e Comissão de Desinstitucionalização; realização da Oficina de Saúde Mental no APSUS (Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde para capacitação das equipes municipais); e, elaboração de instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental e de planilhas de programação de ações de saúde mental para as equipes

<sup>19</sup>

Mais informações disponíveis nas páginas da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná:

<http://www.seae.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=644>

<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3026>

<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2863>

de Atenção Primária em Saúde (APS) e a proposta do Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná (SIMPR).

A criação do Comitê Intersectorial de Saúde Mental em Paranaguá foi em 2011 e é um exemplo significativo destas ações e pode ser encontrado na fala da entrevista 1 (2016):

*O Comitê de Saúde Mental foi idealizado por Flávio Arns (vice governador) por decreto em 2011. [...] A primeira reunião do CISMEEP foi em outubro de 2011 e estamos na 43ª reunião (no momento da entrevista). [...] O auge do Comitê foi em 2013 com participação de várias secretarias (Secretaria Estadual de Saúde, Núcleo Regional de Educação, Escritório Regional do Trabalho, Conselho sobre Drogas de Paranaguá, UFPR Litoral, Hospital Regional do Litoral, Secretaria de Assistência Social de Paranaguá). [...] O documento sobre as fragilidades da Rede elaborado em 2015 foi muito importante para o conhecimento e articulação da Rede de Saúde Mental no Litoral. Agora o Comitê, por meio de uma comissão, está se organizando para a elaboração do Fluxo Regional de Saúde Mental do Litoral com apoio do Ministério Público.*

No município de Paranaguá o principal investimento, neste alinhamento com as propostas de redirecionamento da Rede de Saúde Mental no Paraná, foram as capacitações oportunizadas neste momento com foco na atenção primária: a Oficina 8 – APSUS Saúde Mental e o Projeto “Caminhos do Cuidado”.

*Foi aí que houve preocupação com a atenção primária, então ela profissional psicóloga [...] foi lotada aqui na atenção primária, aí fez um trabalho com os agentes comunitários. Foi ela que capacitou os agentes comunitários, enfermeiros, até de diagnosticar o que era caso de CAPS e o que era ambulatório, então ela trabalhou bem as equipes na época que ela esteve conosco aqui e junto com o Estado fez aquela capacitação para os agentes – Caminhos do Cuidado (ENTREVISTA 7, 2016).*

A atenção primária no município teve início em 2005, mas apenas em 2014 é que a saúde mental passou a fazer parte deste nível de atenção com duas frentes de atuação, ou seja, em duas unidades de saúde do município.

Contudo, Paranaguá atualmente apresenta problemas estruturais, de recursos físicos e humanos, e enfrenta uma pressão judicial para adequação quanto à legislação vigente da área de saúde mental, tal como explicitado no seguinte relato:

*Você tinha um ambulatório de psiquiatria no município e você tinha um CAPS, aí eles foram mudados de lugar. Sei que a fila é sempre grande, e o*

*que sei é que o serviço não está dando conta, que você não consegue ter um encaminhamento, para continuidade. [...] Nesse momento eles estão passando por uma dificuldade mesmo, de organização, de estruturação, não só de local, mas de profissionais também, e de ter equipamentos para dar conta de cumprir a legislação, aquilo que é mínimo. [...] Essa correria da implantação vem por uma demanda externa, não por um desejo da gestão, vem como uma cobrança. Por outro lado, também acho que a comunidade também se mobilizou e está cobrando, isso eu acho importante, assim, a gestão tem que fazer (ENTREVISTA 4, 2016).*

Esta fala menciona e vai ao encontro ao relato da Entrevista 12 (2017):

*Prova disso é que, na atualidade, questões importantes nessa seara, como a implementação dos CAPS nas modalidades II e AD, assim como a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, foram tratadas de forma omissa pelos gestores municipais ao longo de anos e demandaram a necessidade de o Ministério Público, após esgotar as tentativas de solver a inércia em sede de atuação extrajudicial (por meio de recomendações, reuniões e requisições), ajuizar ações civis públicas em face do Município de Paranaguá.*

Assim, a visão avaliativa do processo de saúde mental no município de Paranaguá pode ser encontrada na Ação Civil Pública do Ministério Público – MP (Inquérito Civil nº MPPR-0103.16.000928-0) instituída em 2016 como continuidade de demandas não respondidas da Recomendação Administrativa do MP de 2014 (Procedimento Administrativo nº MPPR-0103.14.000026-8). Essas ações têm seu início a partir de queixas de usuários de saúde mental, em especial do CAPS e cobram do município a regularização do CAPS (promessa feita pelo município desde a implantação no modelo CAPS I) e da ampliação da Rede em conformidade com a legislação de Saúde Mental, sobretudo da RAPS (a partir de 2011) e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Decreto nº 7.179 de 2010). Conforme consta na Ação Civil Pública (2016, p.26):

*Sob esse prisma, infere-se que a probabilidade do direito em comento está presente em face dos elementos probatórios colacionados à exordial, os quais apontam a necessidade imediata de ampliação da rede de atenção à saúde mental, incluindo os atendimentos aos pacientes usuários de álcool e drogas, para a reabilitação psicossocial assistida, que está em total descompasso com as normas nacionais e estaduais, sobretudo as Portarias do Ministério da Saúde que disciplinam que o Município de Paranaguá comporta e demanda a implementação e funcionamento dos CAPS nas modalidades II e AD, e com as políticas em voga no Brasil para a saúde mental.*

Ao acompanhar o processo descrito e os argumentos da citada Ação Pública percebe-se o município com uma atenção em saúde mental desorganizada e em descompasso com a legislação vigente, tanto a nível federal quanto a nível estadual com estatísticas municipais dissonantes e graves dificuldades na oferta de vagas para as oficinas terapêuticas e acessibilidade dos serviços de saúde mental aos usuários. A situação e as necessidades não são tão desconhecidas assim e pouco foi feito. Como se afirma na entrevista 5 (2016), a reforma psiquiátrica é tema debatido há anos:

*Então eu lembro que estava na faculdade, 30 anos atrás, quando já se falava em reforma (30 anos atrás). A gente está engatinhando porque hoje não temos mais os hospitais psiquiátricos e os que tem a gente fazia encaminhamento e o retorno era... não adiantava muito ir para lá.*

Conclusivamente sendo considerada então em fase de estruturação, com avanços e retrocessos, o município precisa se repensar na PP de SM fazer um diagnóstico de sua situação atual e poder planejar investimentos humanos e estruturais nos equipamentos que deveriam estar compondo sua rede:

*De poder pensar, de fazer o diagnóstico do município, que população eu tenho o que eu tenho que atender... o que eu tenho de profissionais, o que eu tenho que cumprir de legislação e como eu vou fazer essa estruturação. Eu vou ter CAPS Ad, CAPS infantil, como eu vou trabalhar isso? (ENTREVISTA 3, 2016).*

Parafraseando Alice em “País das Maravilhas”: “se eu não souber onde quero ir, qualquer caminho serve”. Assim é preciso traçar um caminho antes. Saber de onde se sai e onde se quer chegar. O diagnóstico é assim fundamental para que haja um planejamento de ação adequado. A Entrevista 12 (2017) é objetiva ao falar da fase atual do município: *“Há um desconhecimento generalizado da sociedade a respeito dessa realidade e um diagnóstico bastante ineficaz dos governantes visando à sua alteração e melhoria”.*



#### 4.2 NARRATIVA DOS ENCONTROS E DESENCONTROS DA SAÚDE MENTAL NO LITORAL DO PARANÁ: ANÁLISE DOCUMENTAL DO COMITÊ REGIONAL DE SAÚDE MENTAL

O Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental do Paraná (CISMEEP) – regional do Litoral, faz parte da proposta da Política Pública de Saúde Mental com o objetivo de colocar o conhecimento regional e a práxis setorial articulando atores, equipamentos de diferentes setores e instituições comunitárias na busca por soluções de entraves funcionais na prática assistencial em saúde mental ou por melhorias na efetividade do atendimento a este público. Em seu regimento interno<sup>20</sup> esclarece-se que sua proposta é ampliar acesso a ações de prevenção de agravos e promoção de saúde mental em todo estado. Legalmente foi instituído pelo Decreto Estadual nº 2.037, publicado no Diário Oficial do Estado nº 8.511, de 20 de julho de 2011, com as alterações promovidas pelo Decreto nº 8.630, de 31 de julho de 2013, publicado no Diário Oficial do Estado nº 9.011, de 02 de agosto de 2013. De sua composição, conforme o artigo 15 do Regimento interno constam:

Art. 15 – Os Comitês Regionais Intersetoriais são compostos por representantes dos Escritórios, Núcleos Regionais de Educação, Regionais de Saúde e demais modos de organização regional e municipal provenientes das:

I – Secretarias Municipais de Saúde.

II - Secretarias Municipais de Educação.

III - Secretarias Municipais de Assistência Social.

IV - Secretarias Municipais de Justiça.

VI - Secretarias Municipais de Segurança Pública.

VII – Outras secretarias de Estados afins.

VIII – Sociedade Civil Organizada e/ou instituições de abrangência regional.

IX – Representantes da rede de Saúde Mental dos municípios que integram a Regional.

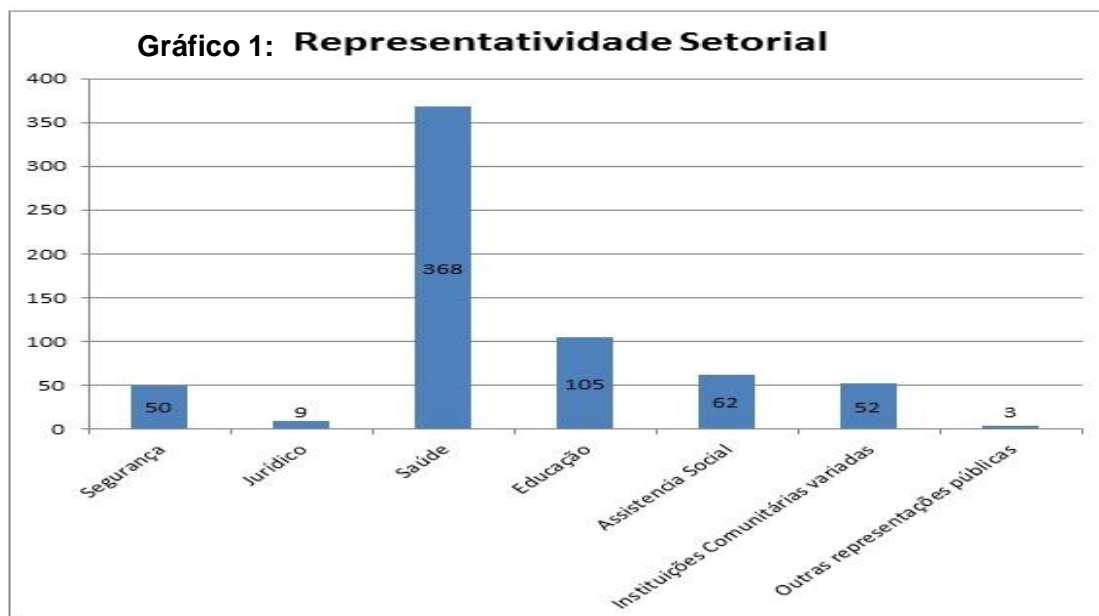
Em outubro de 2011 foi realizada a reunião de posse do Comitê Regional de Saúde Mental do Litoral e, de tal época até a presente data, maio de 2017, foram um total de 45 reuniões realizadas. As reuniões aconteceram com periodicidade mensal, excetuando-se alguns meses da temporada por motivos das férias, das atividades da operação verão e, em 2016, da epidemia de dengue.

---

<sup>20</sup> FONTE: <http://www.seae.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=564>

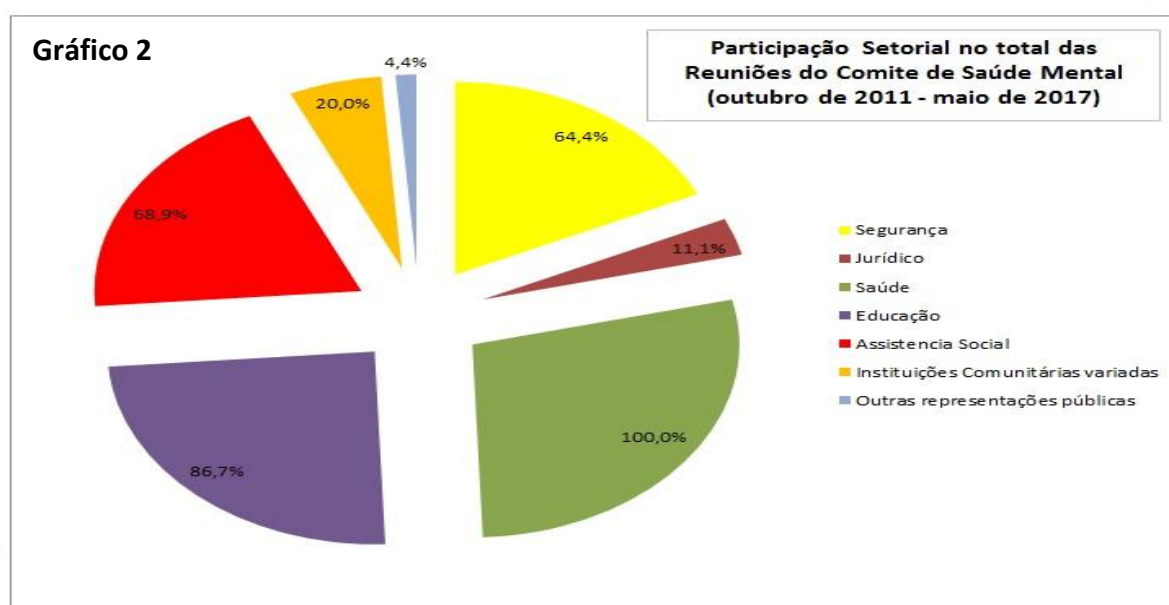
Para melhor visualização acerca da representatividade os dados seguem compilados abaixo. São seis setores representados e mais um que perpassa estes setores e foi considerado sem classificação objetiva:

- ✓ *Segurança Pública* – com representantes da Polícia Federal, representantes da Polícia Militar do Paraná, representantes da Secretaria Municipal de Segurança e Departamentos atuantes na questão das drogas.
- ✓ *Jurídico/Justiça* – com representantes do Ministério Público de Antonina e Paranaguá e da Defensoria Pública.
- ✓ *Saúde* – com representantes das Secretarias Municipais de Saúde de Paranaguá, Matinhos, Morretes, Antonina, Pontal do Paraná e Guaraqueçaba; da atenção primária de Antonina; da atenção secundária de Paranaguá, Antonina, Pontal do Paraná, Matinhos e Morretes; da atenção terciária de Paranaguá, Guaraqueçaba, Morretes, Antonina e Guaratuba; da Coordenação de Saúde Mental de Paranaguá e do SAMU.
- ✓ *Educação* – com representantes do Núcleo Regional de Educação e do Centro de Avaliação Psicoeducacional em Paranaguá, da Secretaria Municipal de Paranaguá, de uma Escola Especial de Paranaguá e da Universidade Federal do Paraná – unidade Curitiba e unidade Litoral.
- ✓ *Assistência Social* – com representantes da Secretaria Municipal de Assistência Social de Paranaguá e de Morretes, do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e com unidade de acolhimento temporário de Paranaguá (tendo as denominações Alberguem Resgate Social e CentroPop).
- ✓ *Instituições Comunitárias variadas*: com representantes do Projeto Formando Cidadão de Paranaguá (parceria da Polícia Militar do Estado com a prefeitura municipal com objetivo de beneficiar jovens em situação de risco ao inseri-los numa rede de proteção pautada em trabalho social e encaminhamento ao mercado de trabalho), de comunidades terapêuticas da região, de institutos formativos por seus representantes alunos de vários municípios da região.
- ✓ *Outras representações públicas* – com representantes do INSS e do Conselho dos Secretários Municipais (COSEMS).



FONTE: Listas de presença das Reuniões Regionais do Comitê de Saúde Mental no período de 21.10.2011 à 03.05.2017.

Pelo gráfico tem-se maior representatividade da saúde e da educação e representações intermediárias da assistência social, instituições comunitárias variadas e da segurança pública. Baixa representatividade do jurídico e de outras representações públicas. Considerando que os diferentes setores mencionados possuem volumes de representatividade variados o gráfico abaixo apresenta em valor percentual em quantas do total de 45 reuniões houve ao menos um representante de cada setor.



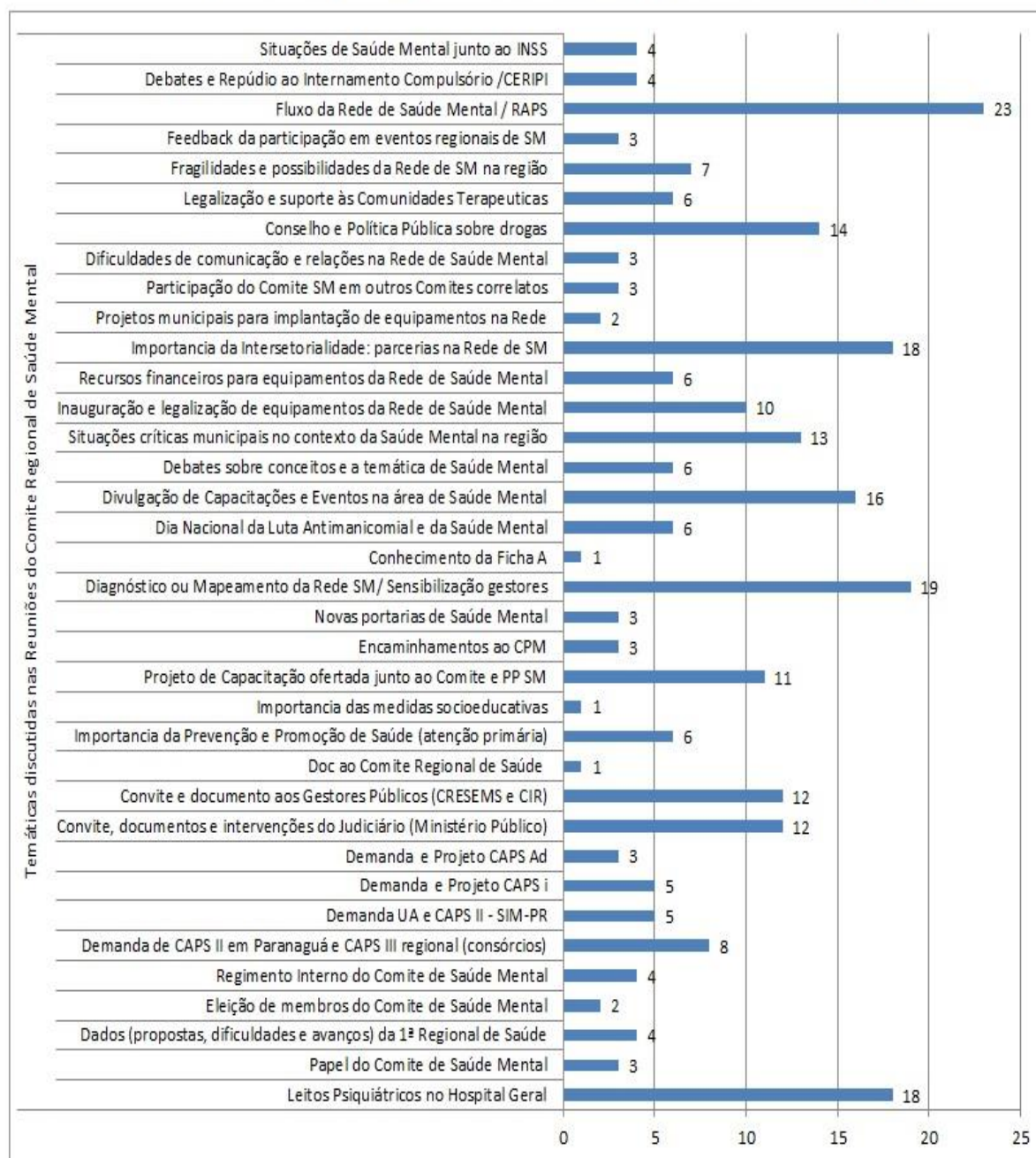
FONTE: Listas de presença das Reuniões Regionais do Comitê de Saúde Mental no período de 21.10.2011 à 03.05.2017.

Neste gráfico torna-se mais clara a informação a respeito da representatividade setorial. A saúde tem representação total tendo ao menos um representante em cada reunião das 45 reuniões que aconteceram junto ao Comitê Regional de Saúde Mental do Litoral, um percentual de 100%. A educação com suas diferentes entidades teve 86,7% de participação, ou seja, esteve em 39 das 45 reuniões. A assistência social com presença em 31 reuniões teve índice de participação de 68,9%. Com participação mediana, 64,4% - total de presença em 29 reuniões – estão representantes da segurança pública. Em percentagem minoritária estão em sequência decrescente instituições comunitárias variadas (20% - participação em 9 reuniões), jurídico (11,1% - participação em 5 reuniões) e outras representações públicas (4,4% - participação em 2 reuniões).

Numa leitura mais aprofundada tem-se que as percentagens minoritárias, diferentes das demais, tiveram participações mais pontuais nas reuniões. As instituições comunitárias tiveram maior participação no ano de 2012 quando do maior volume de debates sobre as questões das substâncias psicoativas e da regularização das comunidades terapêuticas. O setor jurídico teve uma participação única no primeiro ano do Comitê e uma retomada na sua participação do segundo semestre de 2016 até a presente data acompanhando as demandas de adequação dos equipamentos de saúde ao porte populacional de Paranaguá e região. E as outras representações públicas apenas compareceram nas reuniões quando convidadas a esclarecer posturas frente a questões de saúde mental. Por exemplo, a presença de representantes do INSS explicando sobre a perícia médica das pessoas com diagnóstico de transtornos mentais e o porquê nem sempre estes diagnósticos significam necessidade de afastamento do mercado de trabalho.

Em relação às temáticas abordadas nas diferentes reuniões tem-se um total de 36 assuntos, por vezes, correlacionados e outras vezes não. Os mesmos seguem compilados no gráfico a seguir por vezes que foram abordados no universo das 45 reuniões analisadas.

**Quadro 2: Quantitativo dos temas abordados nas reuniões do Comitê Regional de Saúde Mental do Litoral (2011-2017)**



FONTE: Atas das reuniões do Comitê Regional de Saúde Mental no período de 21.10.2011 à 03.05.2017.

Os temas mais recorrentes nas reuniões, em ordem decrescente, foram: o fluxo da Rede de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); o diagnóstico e mapeamento da Rede de Saúde Mental na região e a sensibilização dos gestores; a importância da intersetorialidade na Política Pública de Saúde Mental; e, os leitos psiquiátricos no Hospital Geral. De uma maneira clara, tem-se a interrelação entre estes temas e o apontamento de que os diferentes atores da Rede

de Saúde Mental do litoral participantes do Comitê têm algum conhecimento e valorizam a questão da intersetorialidade e potencial de uma atuação em rede na efetividade da atenção do usuário de saúde mental. Ao mesmo tempo, é relevante a recorrência nas colocações de dificuldades no fluxo da rede, sobretudo em relação as vagas psiquiátricas no hospital geral que, juntos, aparecem em mais de 50% das reuniões.

Menos expressivos, mas não menos significativos seguem-se os temas: divulgação de eventos e cursos na área de saúde mental; iniciativas de aproximação do Comitê com os gestores públicos e o setor judiciário principalmente com o foco de buscar a resolutividade dos casos de saúde mental através da intersetorialidade e consolidação de uma rede de atenção. Em relação à divulgação dos cursos os mais divulgados foram ligados a temáticas do uso e abuso de psicoativos ofertado por diferentes instituições, inclusive o governo federal (curso SUPERA do SENAD)<sup>21</sup>; a capacitação de Sensibilização em saúde mental promovida pela SESA; curso Caminhos do Cuidado ofertado no formato multiplicadores pelo governo federal (parte do projeto “Crack é possível vencer” tem por propósito final a capacitação da atenção primária em saúde, a formação de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem); o Fórum de Saúde Mental em Matinhos (realizado em 2013 com suporte de profissionais da UFPR – setor litoral); Projeto de capacitação a nível regional para atendimento a crise; as capacitações do APSUS em Saúde Mental (foram realizadas pela SESA junto a atenção primária do município de Paranaguá em 2014); e os cursos de atualização em Saúde Mental pelo Ministério da Saúde ofertado no formato EAD e a especialização de mesmo título que vem sendo ofertada na capital do Estado em 2014 e 2016, respectivamente.

Em tempo, temáticas relacionadas à saúde mental como apoio matricial, o CAPS e a atenção primária, incluindo a portaria do NASF, têm registros em ata

---

<sup>21</sup> SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) é um curso oferecido em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Ministério da Justiça (MJ) e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) na modalidade de Educação à Distância (EAD) de forma gratuita. O objetivo é capacitar profissionais das áreas de saúde e assistência social para a correta identificação e abordagem dos usuários de álcool e/ou outras drogas, familiarizando-os com diferentes modelos de prevenção e instrumentalizando-os para trabalharem formas adequadas de intervenção e encaminhamento, em consonância com as orientações e diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e da Política Nacional sobre o álcool (PNA). <https://www.supera.senad.gov.br/>

desde 2013. Também são discussões relevantes o documento fragilidades dos serviços de saúde e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) elaborado em junho de 2015 para sensibilizar gestores e a proposta do SIM-PR (considerada diferencial do governo estadual paranaense na Saúde Mental – é um incentivo financeiro do Estado para implantação, na forma de consórcio, para implantação e manutenção de CAPS III e Unidade de Acolhimento – UA – adulto ou infante juvenil).

A caminhada do CISMEEP traz algum avanço quanto ao tema saúde mental na região do litoral paranaense, mas ainda tem pontos recorrentes em seus mais de 5 anos de atuação que precisam ser encaminhados de forma resolutiva. O maior dos entraves por toda análise e descrição feita mostra-se no desalinhamento entre os gestores e os executores da Política de Saúde Mental.

Conhecer a saúde mental através das atas do CISMEEP foi importante para uma melhor interpretação da realidade de Paranaguá. Os diversos fatos relatados nesses seis anos de atuação do Comitê trazem sempre alguma situação específica de Paranaguá e aproximam-se dos contextos, avanços e desafios relatados nas entrevistas com os profissionais de saúde mental e pelos agentes comunitários de saúde.

#### 4.3 ENTREVISTAS INDIVIDUAIS E GRUPAIS: DOS CONHECIMENTOS E PRÁXIS INSTITUCIONAIS E AS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NUM CONTEXTO MULTIPROFISSIONAL

Considerando a lógica da territorialização na Política Nacional de Saúde e na Política de Saúde Mental, a análise parte justamente do território permitindo reflexões acerca dos seguintes pontos: o modelo de atenção atual no município (Saúde da Família X Modelo de Atenção Psicossocial); Fluxo de Atendimento, Estratégias de Redes, Judicialização da Política e Matriciamento; Questão da capacitação dos profissionais e atuação da gestão; e estigma da saúde mental.

##### 4.3.1 Modelo de atenção atual no município de Paranaguá.

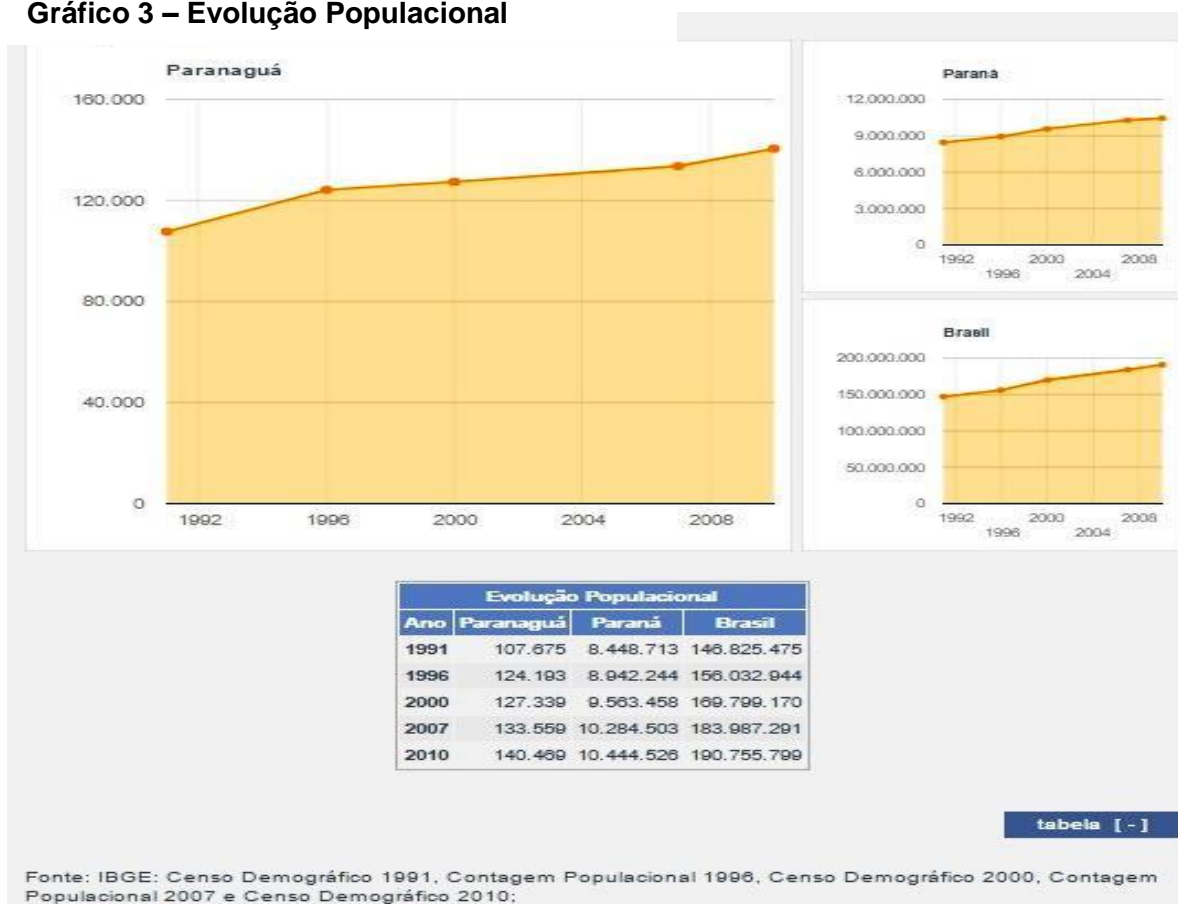
O Modelo de Atenção Psicossocial ainda predomina em Paranaguá, com compreensões contraditórias do seu papel na Política de Saúde Mental. Na história da SM do município, o CAPS (modalidade I) foi o primeiro equipamento a ser implantado, seguido da implantação de Ambulatório de Saúde Mental. O Serviço de Reabilitação psicossocial foi implantado na modalidade inferior a necessária para o



perfil populacional (em desacordo com a Portaria nº336/GM): “*Paranaguá quando iniciou já devia ser CAPS II e nunca foi CAPS II*” (ENTREVISTA 8, 2016).

Os registros dessa desconformidade podem ser melhor compreendidos comparando os dados de evolução populacional do município de Paranaguá e o que estabelece a Portaria citada: CAPS I (município com população acima de 20 mil habitantes), CAPS II (município com população acima de 70 mil habitantes), CAPS III (município com população acima de 200 mil habitantes) e CAPS Ad e CAPS i (município ou regiões com população acima de 70 mil habitantes) conforme evolução populacional (IBGE, 1991 – 2010):

**Gráfico 3 – Evolução Populacional**



Desde a elaboração do primeiro projeto de CAPS em 1997 o mesmo já se enquadrava na modalidade CAPS II, mas quando de sua instalação em 2007 foi implantado na modalidade CAPS I. A única explicação encontrada pelos entrevistados relaciona-se a questão da composição da equipe mínima exigida pela legislação: “*Precisava de CAPS II, na época havia um compromisso da secretaria que dentro de seis meses implantaria o CAPS II, mas 10 anos e até hoje nada.*”



*Inclusive agora o Ministério Público entrou com uma TAC [Termo de Ajustamento de Conduta] para que seja feito” (Entrevista 3, 2016). Nesta última fala menciona-se até mesmo a questão da judicialização da política, onde a parte mais diretiva da rede entra com determinação judicial para garantia de direitos dos usuários.*

O CAPS atualmente enfrenta graves problemas estruturais com funcionamento em prédio não funcional às suas atividades, questão de recursos humanos para sua ampliação e demandas inadequadas por falta de equipamentos na rede de saúde mental local numa dinâmica de retrocesso na atuação da política: “O CAPS passou a ser como se fosse a única referência de saúde mental no município” (ENTREVISTA 3, 2016). Isto representa retrocesso ao referenciar o modelo hospitalocêntrico e é fato registrado em outras localidades nacionais como menciona Souza (2015, p.59): “é fundamental considerar o CAPS como uma estratégia de cuidado e não um serviço, pois, apesar de sua configuração, ainda é tido como um espaço circunscrito da loucura no âmbito do território”. Modelo hospitalocêntrico que, pelas entrevistas, também desponta na busca pela internação do usuário de saúde mental no hospital geral:

*O discurso que é tudo do hospital, você tem que se desfez o hospital psiquiátrico, mas você colocou hospital geral no lugar dele, só mudou a placa, você tirou ele (o usuário), e se não tem onde colocar, o hospital ainda serve como depósito, coloco lá e vejo, se está aqui não está na rua, se está aqui não está incomodando... (ENTREVISTA 4, 2016).*

Em Paranaguá, o Modelo de Atenção Saúde da Família fora implantado a partir de 2005 com ápice na recente regulamentação do NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família), no final de 2016. A implantação do NASF foi impulsionada em 2014 pelo fechamento de um equipamento de saúde com especialidades e a necessidade de realocar os profissionais do mesmo equipamento: “Na verdade a gente só conseguiu porque sobrou estes profissionais, não porque o gestor pensou que precisava disto” (ENTREVISTA 7, 2016). O NASF, atuando em duas frentes no município, foi redirecionando o modelo de atenção comunitário e usa a chamada tecnologia leve “eu brinco que a saúde coletiva, ela foca naquilo que chamam de tecnologia leve, que é o contato, que é o cuidado, que é essa coisa de afeto” (ENTREVISTA 4, 2016). Em outras palavras pode-se afirmar que as tecnologias leves são representadas pelo acolhimento e escuta terapêutica.

São duas unidades básicas de saúde com o PSF implantado e estratégias de cuidado de SM em andamento com os primeiros resultados surgindo: “A gente percebeu aqui que mais de 50% dos casos a gente consegue resolver aqui” (ENTREVISTA 5, 2016). Esta percepção condiz com estudos como A Pirâmide de Risco (PORTER; KELLOGG, 2008) que estima que até 80% da população pode ter seus problemas e necessidades resolvidas na APS.

A Política de Saúde Mental com maior ênfase no modelo de atenção comunitário, ou seja, na APS, ressalta a importância da prevenção e promoção de saúde inclusive como estratégia de evitar o “inchaço” dos demais níveis de atenção. Como afirma Souza, Santos e Cordeiro (2014, p.174): “Neste contexto, deve atuar na perspectiva de trazer a atenção à saúde mental para o cenário comunitário, evitando encaminhamentos desnecessários para os serviços de maior complexidade”.

Nesse novo modelo de atenção comunitária, a atenção primária, como centro da rede, deve acompanhar através de informações na rede o caminho de tratamento do paciente em quaisquer níveis de atenção que se faça necessário. Uma das entrevistas ressalta justamente esta importância:

*E assim, porque eu acho que a atenção primária é mais importante, ele pode ir para o CAPS, ele pode fazer CAPS, ele pode se internar em Curitiba, ele vai ter que voltar a vida normal dele, e aí nós que temos que dar suporte para ele, nós temos que fazer a manutenção para ele não cair de novo na atenção terciária, no hospital (ENTREVISTA 2, 2016).*

Numa visão de reorganização dos serviços de saúde, sobretudo levando-se em consideração a ênfase no modelo de atenção vigente nacionalmente, o da saúde comunitária, os investimentos municipais no sentido da APS podem viabilizar técnica e financeiramente muitas localidades. Almeida (2013, p. 42) reforça que esta medida pode ser a solução para problemas municípios diante dos recursos financeiros que dispõem. Concordando com conclusões de encontros de saúde, para ele a prioridade municipal deve ser a APS através de Postos de Saúde que atenderão as emergências simples e deixarão as emergências complexas para o nível secundário ou terciário, de competência da União e do Estado. Assim, por sua capilaridade e vínculo mais próximo com o usuário, acompanhamento familiar por visitas

domiciliares, favorece o controle das condições de saúde de uma dada comunidade e é isso que preconiza a prevenção e promoção de saúde.

#### 4.3.2 Fluxo de Atendimento, Estratégias de Redes, Judicialização da Política e Matriciamento

Todos estes termos mencionados no subtítulo acima estão inter-relacionados (por isso serão trabalhados em conjunto) à medida que é o fluxo de atendimento definido que possibilita a existência de uma rede e o matriciamento é uma estratégia de suporte técnico para atendimento do usuário de saúde mental e a articulação desta rede. A ausência ou ineficiência desta rede acaba por levar a um processo de judicialização da política quando o poder judiciário, como a parte diretiva da rede, intercede na busca pela solução do caso dentro do fluxo de atendimento. Em continuidade a compreensão do matriciamento num segundo momento será debatido os dados acerca da atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e do apoio matricial.

Com falhas de comunicação, conflitos de compreensão quanto a Política de Saúde Mental, papéis dos equipamentos e no Fluxo de Atendimento e ações dissonantes da gestão em relação aos equipamentos e profissionais a Política de Saúde Mental acaba por ser influenciada pela discricionariedade (opções de escolha por interesses e contatos específicos em detrimento dos interesses coletivos). Exemplos a este respeito são encontrados em vários pontos de pauta das reuniões do Comitê de Saúde Mental na qual os participantes falam de suas dificuldades de encaminhamentos principalmente motivadas pela falta de equipamentos na rede. Esta mesma falta de equipamentos é ressaltada na Entrevista 10 (2016): *“Eles mudam as leis, mas não tem estrutura para manter”*.

A falta de equipamentos de saúde mental é apontada como situação agravante para a ineficiência de uma rede de atenção:

*Neste sentido a implantação da política no município está sofrendo muito, o município deveria ter N coisas que não tem [...] Não tem rede. Primeiro que assim, todo mundo deveria ter, sabe aquela foto dos pontos de atenção grudado na parede [...] E assim, o gestor precisa ter os equipamentos, você não monta a rede só com boa vontade. Então, é você ter um local, se você não ter um município, essa verba, em algum lugar deste país, deste estado têm... então eu vou fazer convênio, vou fazer parceria, mas vou assumir a minha responsabilidade. E outra, quando se fala em rede, eu penso assim, a questão do papel, da burocracia, mas do documento... você faz o*

*encaminhamento por escrito, a gente resolve as coisas no telefone, claro que os profissionais tem que se dar bem, tem que se conhecer, eu posso pegar o telefone e ligar e falar com a unidade de saúde, ou falar com o Centro POP, ou falar com o CREA, falar com qualquer destes lugares, mas você tem que gerar um documento, que respalde, o seu encaminhamento tem que ser por escrito, o usuário tem direito disso, é direito dele, é um respaldo para o profissional, e em cima disso você gera estatísticas... porque só do favorzinho, eu resolvo pontualmente, é verdade, para aquele cidadão, para aquele momento eu resolvi, eu entendo que cumpri uma parte do meu papel, mas para o todo eu preciso registrar aquilo, porque eu preciso de indicadores, pra melhorar, pra falar que a rede não está funcionando aqui, eu preciso de tal equipamento, senão eu fico fazendo isso o tempo inteiro e não colaboro para que a coisa cresça, eu resolvo só na hora, eu fico apagando incêndio, e as redes não apagam incêndio (ENTREVISTA 4, 2016).*

Nesta fala são apontadas três problemáticas na rede e no fluxo de atendimento: o desconhecimento do papel de cada equipamento que leva a encaminhamentos desorientados no qual o usuário acaba andando em círculos; a falta de indicadores e estatísticas que possam servir de apoio à avaliação e correção de problemas na rede; e, a questão do “jeitinho” que acontece quando o único caminho para apoiar a solução de um caso é o uso das influências que temos nos nossos relacionamentos interpessoais.

A rede precisa existir também além da atenção secundária, principalmente com suporte intersetorial para que seja possível realmente favorecer a reinserção comunitária do usuário de saúde mental. A Entrevista 3 (2016) aponta para esta reflexão:

*Porque não acaba no CAPS o tratamento, o tratamento não se encerra aqui, deveria continuar, porque muitos recuperam sua autonomia e um pouco de suas vidas, mas outros não tem condições, em função da cronicidade, precisa de uma apoio, não pode ficar cristalizado no CAPS a vida toda. Se nós, de certa forma a saúde mental pensou na questão da desospitalização como um recurso fundamental para o bem estar da pessoa que está em tratamento, nós só mudamos hoje o nome, a referência vai ser sempre que o paciente é do CAPS, não mais do hospital, vai ter que ficar aqui, 4, 5, 10, 20 anos se tratando, não dá, não pode. A rede ela tem que ser pós CAPS, aí vem a questão da cultura, de entrar a cultura, o esporte, a secretaria de ação social e mesmo a saúde com outros dispositivos, que a rede de saúde mental contempla e que nós não temos disponíveis aqui no município, centro de convivência, por exemplo, seria fundamental, e isso a gente nunca teve no município. (ENTREVISTA 3, 2016).*

Não pelo caminho do “jeitinho”, mas sim pelo caminho de um fluxo de atenção e cuidado definido e acordado de forma intersetorial e por diversos níveis de atenção é que deve ser articulada a comunicação e o relacionamento na rede. É fundamental

que, ao conhecer o papel de cada equipamento e cada ator dentro da rede possa estar articulado o suporte mútuo, ações de retaguarda, entre as partes que compõem a rede:

É quase impossível pensar num efetivo funcionamento da rede de atenção primária à saúde sem conseguir um compromisso com os serviços da atenção secundária. O que, por outro lado, não deve resultar na sofisticação da rede primária com o intuito de contornar o problema do não atendimento dos encaminhamentos. [...] O médico geral também necessita de profissionais ‘secundários e terciários’; o especialista é seu retaguarda, assim como o Hospital Geral o é para o Hospital Municipal ou local. No entanto, deve estar apto para o controle de um doente que foi por ele mandado ao especialista, teve seu problema controlado e lhe é devolvido”. (ALMEIDA, 2013, p.71).

Aqui se tem um exemplo de atuação em rede entre a APS e a atenção secundária. Contudo, no geral, em relação a Paranaguá não é esta a realidade encontrada e há uma percepção de inexistência de rede ou desta ser ineficiente e mantendo o atendimento fragmentado ao usuário seguem-se nas entrevistas: *“Redes, para mim a rede é muito ineficiente”* (ENTREVISTA 10, 2016). *“Não existe Rede em Paranaguá [...] nós temos atenção primária aqui, nós temos o atendimento da atenção secundária, temos CAPS, nós temos o hospital, só que a gente não consegue fazer esse segmento porque o hospital não tem vaga”* (ENTREVISTA 2, 2016).

Ao falar do conceito de Rede o Guia de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.23 e 24) ressalta que ela tem seu conceito é amplo na busca de soluções de forma coletiva:

Qualquer serviço de saúde, por mais que seja complexo e bem equipado, não consegue sozinho dar conta da atenção integral aos indivíduos. Essa tarefa depende de muitos saberes e práticas para que o cuidado em saúde ocorra de forma ampliada e contínua. [...] Segundo o Ministério da Saúde, a rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos disponíveis num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. [...] Para se pensar em rede, não basta ter a oferta de serviços. É necessário refletir como esses serviços se relacionam entre si e como se estabelece a comunicação entre as diferentes equipes. É preciso garantir uma ampliação da comunicação entre os serviços e as pessoas; só assim podemos contribuir para que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde em um dado território. Com a ampliação do conceito de saúde, que não é apenas a ausência de doenças, mas inclui também as boas condições de moradia, trabalho, lazer, participação social, etc., a construção de redes tornou-se um caminho necessário para permitir criar múltiplas respostas no enfrentamento das situações de saúde/doença. [...] As maneiras como as

equipes estabelecem relações com outras equipes, fazem toda a diferença no trabalho em rede. Se as aproximações são definidas de uma forma burocrática, engessada, com pouca interação, a rede se torna uma rede fria. Mas, na medida em que consigam reconhecer que são complementares e compreender suas finalidades de produção de saúde ampliada, podemos dizer que as equipes estão conseguindo construir uma rede quente, propiciando a autonomia e participação ativa dos usuários na construção das estratégias de cuidado.

Ao mesmo tempo, acrescenta-se que a atenção primária é ponto fundamental da rede:

*Mas realmente, a rede de atendimento tem que ser completa para que a gente consiga fazer com que o paciente seja atendido nas diversas esferas, né. Então mesmo o paciente que precisa hoje de atendimento dentro do município pode ser que amanhã ele precise de atendimento mais especializado que o município não consegue fornecer. Mas se a gente fizesse uma triagem melhor dos pacientes primários, que são de atenção básica, de atenção primária, a gente poderia evitar que estas doenças, inclusive as doenças mentais, que elas evoluíssem para um estágio mais complexo e que fizessem com que a gente utilizasse mais os hospitais secundários e terciários. Se houvesse uma prevenção, se houvessem campanhas. A gente falando em saúde mental não é só aquele paciente que tem transtornos propriamente reconhecidos de saúde mental. Hoje grande número dos pacientes que a gente atende em saúde mental são os pacientes etilistas crônicos e os pacientes dependentes químicos. Se houvesse uma política de segurança pública e de saúde pública voltada para esta população. Mas uma política que se iniciasse já desde os estudos primários, com campanhas e com conscientização provavelmente a gente teria um número menor destes pacientes que acabam desenvolvendo as doenças mais difíceis de tratar. Num estágio inicial, parte das doenças psiquiátricas, podem ser mais facilmente tratadas. Algumas não, mas essas doenças que são mais doenças adquiridas do que doenças orgânicas, essas doenças seriam mais facilmente tratadas (ENTREVISTA 9, 2016).*

Reforçando o cuidado em saúde mental na ESF, Santos, Souza e Vasconcellos (2014, p.31) falam do papel da implantação do SUS e de sua relação com APS:

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, a partir do conceito de saúde como um direito da população e dever do Estado, presente na constituição Federal de 1988 e, posteriormente, regulamentado através das Leis Federais 8080/90 (BRASIL, 1990a) e 8142/90 (BRASIL, 1990b), trouxe um novo direcionamento, consolidado através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular. Tais princípios são materializados, principalmente, na atenção primária.

Duas outras entrevistas ressaltam a importância da atenção primária nos atendimentos:

*“Hoje em dia a gente percebe que muitos dos casos que se tem na unidade básica é de saúde mental, mesmo assim você começa perceber é o mesmo paciente, muita dor de cabeça, aí você vai escutar a história dele e percebe que a causa é outra, tem sim um fundo de saúde mental”. (ENTREVISTA 7, 2016).*

*“O CRAS, o PSF, talvez não esteja tudo interligado. Não mudou nada no ambiente em que a pessoa vive, daí a possibilidade de ele voltar, da recorrência de seu problema é grande”. (ENTREVISTA 11, 2016).*

Por esta colocação ressalta-se a importância de um acompanhamento contínuo que possibilite o bem estar biopsicossocial preconizado pela OMS na definição de saúde, ou seja, o suporte intersetorial para o “reequilíbrio” físico e psíquico do usuário de saúde mental.

O que se percebe na prática é que casos tidos como menos graves, queixas psicossomáticas mais simples não são adequadamente escutadas e manejadas pelos profissionais de saúde. Ou seja, o que não é loucura clássica, seja por falta de conhecimento ou por dificuldades na rede encontram dificuldades em seu manejo na APS ou seu encaminhamento adequado a outro serviço da rede. Diante da ausência de um fluxo definido são frequentes as queixas de que toda demanda de saúde mental acaba por ser direcionada a atenção secundária, CAPS ou Hospital Geral, e isso indica claramente a ausência de rede. Ou seja, demandas de saúde mental pouco são abordadas e acompanhadas pela atenção primária são imediatamente encaminhadas para a atenção secundária (CAPS para acompanhamento contínuo ou Hospital Regional para estabilização de quadro de surto). Reforça-se então a importância da articulação intersetorial no atendimento integral a demanda em saúde mental e autonomia do usuário:

Os recursos da comunidade assistida pela equipe de saúde da família remetem à questão da integralidade e podem ser explicados por movimentos direcionados para que os usuários possam ter à sua disponibilidade um ‘cardápio’ de ofertas de serviços nas redes formais e informais de saúde. [...] Os recursos da comunidade utilizados por equipes ESF para a promoção de cuidado em saúde mental estão relacionados à rede social. [...] A interação do indivíduo com sua rede social favorece a promoção de saúde. (SANTOS; VASCONCELLOS, 2014, p.67 e 68).

Neste sentido de maior envolvimento com instituições comunitárias diversas tem-se na Entrevista 5 (2016) um exemplo quando cita o benefício encontrado nas parcerias existentes entre o NASF e o CRAS local e entre o NASF e a uma Instituição de Ensino Técnico local.

Quanto ao termo matriciamento, cinco dos entrevistados o desconhecem e apenas seis demonstram experiências efetivas em matricular.

*“Acho que aqui a gente tenta porque o NASF é o matriciamento [...] quando a gente fala que tem parceria com o CRAS, que consegue ter uma fala com o médico e um trabalho conjunto com o médico, a gente está falando de matriciamento”* (Entrevista 5, 2016). Um outro cita, mas não o descreve. *“O matriciamento é muito importante para a efetividade da Rede. Pode até haver, mas não há nada formalizado”* (ENTREVISTA 01, 2016).

Esclarecendo a dinâmica do apoio matricial, mesmo que por um olhar não tão otimista, tem-se:

*“O matriciamento é feito em cima da rede municipal, que a gente pensa assim, são as unidades básicas, a Estratégia Saúde da Família, essa é a questão que nasce o matriciamento. Mas como nós temos uma gestão que não acredita nem no CAPS, quem dirá no matriciamento”*. (ENTREVISTA 6, 2016).

O impacto dessa desarticulação entre atenção secundária e APS é sentido por todos:

Nesse contexto, a atenção da equipe de saúde da família não consegue atender à demanda, porque a saúde mental continua segregada aos serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os quais não tem exercido o papel de ‘dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) (BRASIL, 2004, p.13 apud SANTOS; SOUZA, 2014, p.60).

O matriciamento é uma ação que, segundo a matriz de competência dos pontos de atenção pode ser executada pela atenção primária (NASF) ou pela atenção secundária (CAPS) e deve representar uma retaguarda especializada e uma ferramenta de transformação na relação de vínculos e parcerias intersetoriais



com objetivo final de uma construção coletiva de um plano terapêutico. Para Souza, Santos e Cordeiro (2014, p. 174):

O matriciamento na saúde mental rompe com a especialização verticalizada, democratiza o conhecimento, e compartilha a responsabilidade pela atenção. Assim, favorece a construção de conhecimento na área através da criação de espaços de encontros que potencializam a circulação de saberes e auxiliam as equipes para a implementação da clínica ampliada. Nesse contexto, deve atuar para trazer a atenção à saúde mental para o cenário comunitário, evitando encaminhamentos desnecessários para os serviços de maior complexidade.

Em colocação mais otimista é apontada outra vantagem para o processo de matriciamento:

*Têm, acho que a maior vantagem do matriciamento é o acompanhamento horizontal, é o todo dia, é a rotina, o matriciamento coloca uma rotina no cuidado, que é o que faz a diferença, para que isso aconteça, os pontos de atenção têm que estar muito claros no seu papel, em que parte eu entro... porque se eu entrar na hora errada, eu não dou resultado esperado. Então hoje um desafio é, nós sabermos cada local, saber sua missão e que horas ele entra, que horas ele é mais importante. As limitações, como é um trabalho longitudinal, ele não dá resultado em 2 meses, ele dá resultado ao longo do tempo, ele dá resultado a longo prazo, ou seja, o investimento dele, assim, você não vai resultado antes de um ano. [...] Eu penso assim, o matriciamento, ele está muito ligado a gestão de casos, a atenção primária é muito, né, eu penso assim, a gestão de casos se você tivesse que resumir, você é o advogado da pessoa naquele momento, aquela pessoa tem você, então, o que dá pra fazer? Aí você vai chamar todos os interlocutores, aí você vai chamar a rede para pensar, o que eu posso me organizar pra atender ela? Você não faz gestão de casos se não fizer o horizontal, por isso você precisa fazer matriciamento... porque você conversa com fulano, você conversa com ciclano, chama a educação, a assistente social, você chama todo mundo, até que você consiga dar uma resolutividade para ele (ENTREVISTA 4, 2016).*

Hoje a ação de matriciamento pode ser percebida, por exemplo, em uma das UBS pesquisadas<sup>22</sup>. As ACS desta unidade ressaltam que a implantação do NASF e as ações, mesmo que iniciais de matriciamento, melhoram a atenção aos usuários: “daí eles vem porque eles sabem que vou chegar ali no posto e não vou ser mandado pra outro lugar, vou ser atendido” (GRUPO FOCAL, 2017).

---

<sup>22</sup> Promovida pelas técnicas do NASF vinculado a unidade há encontro mensal com os ACS e do encontro que participei de um com o tema Transtorno Mental.

Na fala da maioria dos entrevistados considera-se que não há fluxo de atendimento formalizado na região e que houveram iniciativas de organização deste fluxo e de matriciamento há cinco anos no CAPS.

*Depois de você trabalhar o matriciamento, cada ator consegue perceber qual é o papel, e começa se responsabilizar pelo atendimento, pelo acompanhamento, você vê que há, a resolutividade acaba sendo muito grande. E é fundamental para a rede, sem matriciamento não tem rede. Inclusive fazia parte dessa nossa roda de bate papo, o judiciário, a rede começa também ali (ENTREVISTA 3, 2016).*

Ainda na entrevista 3 (2016) é colocado que a questão da judicialização da saúde entra como impacto contraditório na rede: “*Nós temos demandas do judiciário, que são gigantescas, o que atrapalha muito o andamento do serviço, porque muitas vezes o judiciário não entende*”. Neste ponto é mencionado o exemplo de interação com dois promotores distintos: um que tinha conhecimento do fluxo de saúde mental e trazia intervenções com demandas adequadas e passíveis de solução e outro que desconhecia o fluxo e trazia demandas inadequadas que ocupavam o tempo dos profissionais do equipamento interferindo negativamente no atendimento dos usuários.

*Mas temos outras áreas que não tem entendimento e atrapalha muito, nossas demandas são pilhas e pilhas de processos, como que você vai, se você tem que parar o serviço, se mobilizar para responder a uma demanda judicial que nem é para gente, ou que não tomou o caminho adequado, não entrou no fluxo pra poder chegar até aqui (ENTREVISTA 3, 2016).*

Assim, como mencionado no parágrafo anterior e exemplificado no comentário sobre o primeiro exemplo de promotor, como parte da rede o judiciário deve participar das construções da rede de saúde mental para que haja mesmo uma resolutividade para o usuário.

Atualmente, na regional litoral, há um novo movimento de construção de fluxos de atendimento junto ao Comitê Regional de Saúde Mental. Em relação a fluxo é evidenciada a necessidade de que os agentes de saúde e os pontos de atenção conheçam o papel de cada equipamento e tenham clareza a respeito do fluxo de saúde mental:

*Talvez precisasse fazer sabe o que? Que as pessoas tivessem clareza do fluxo de saúde mental. [...] Então esse fluxo de saúde mental nós não temos dentro do município e se nós não conseguimos nos entender, enquanto serviço assistencial, calcule numa questão própria de matriciamento. (ENTREVISTA 6, 2016).*

O ponto mais questionado pelos entrevistados no fluxo é a questão das vagas para internamento psiquiátrico no hospital geral: *“infelizmente nós temos uma política dentro do município de Paranaguá, de que o próprio gestor do hospital regional, e o próprio médico psiquiatra que trabalha com a gente, eles não permitem internamento dentro do hospital”* (ENTREVISTA 6, 2016).

Em relação a este tópico uma das entrevistas traz uma reflexão importante acerca da responsabilidade por esta situação e da dificuldade em solucioná-la:

*Vou te dar o exemplo do hospital, a 8080 que coloca dos 10% de leis psiquiátricas foi feita quando? Pensa na data dela, quando que este hospital foi construído? Vamos pensar assim 2009 estava pronto, eu não sei quantos anos demorou para construir ele, mas vamos pensar que a lei já existia, e o hospital foi construído depois, quando ele foi construído, ele não foi pensado no mínimo de 10% psiquiátricos. Eu não coloquei na planta, eu não aprovei, aí ele existe, está aqui, por força da rede, da legislação, porque quando o promotor faz uma ação, uma ação administrativa, ele pega a lei, aí eu hoje, o gestor, tenho que responder, que eu estou com 4 leitos no pronto socorro [que está tudo errado, que não é o adequado]. E essa descontinuidade, você lembra, foi um cara da engenharia, passou na vigilância. Aí você vê que a rede, que tem duas instâncias para existir, você tem essa instância que é a assistencial, você tem uma instância gestora superior. E quando eu fiz, quando eu pensei... que o engenheiro não tivesse a obrigação de saber, mas ele tinha uma obrigação de saber qual a legislação que rege o hospital, o que tinha que ter, etc, para fazer o mais adequado, porque não foi feito (ENTREVISTA 4, 2016).*

Essa não atenção as normativas da saúde na construção de equipamentos de saúde, surge como outro complicador no funcionamento da Rede e isso só confirma o próprio conceito de rede que pressupõem intersectorialidade em todas as instâncias de ações que se fizerem necessárias.

Outro desafio transposto consiste na intersectorialidade das práticas. Existem dissonâncias entre as diretrizes da política de saúde mental e o cotidiano dos serviços e das práticas, assim como a ausência de redes estruturadas e articuladas aos demais recursos dos territórios, cujo desdobramento se reflete na baixa oferta de ações e práticas de saúde mental no âmbito da atenção básica e no alto número de usuários referenciados ao Caps. Para a integralidade do cuidado em saúde mental, incluindo ações na atenção básica, e preciso transcender a fronteira setorial; a visão compartimentalizada do processo saúde/doença característico do modelo

biomédico ainda hegemônico na saúde, rompendo o gueto da saúde mental em direção ao cuidado em saúde no território (SOUZA, 2015, 138-139).

Os ACS têm reconhecido papel na Rede de atenção a saúde mental:

*“[...] se você pensar que somos uma equipe de saúde, todos tem seu valor, que tem coisas que ficam mais fáceis para o médico chegar, tem coisa que é para o enfermeiro, tem coisa que é para o ACS. Mas é assim, a ligação deles se dá pelo afeto, é o que vai acender a luz amarela, ele vai chegar para você e dizer eu não sei o que tem errado, mas tem alguma coisa de errado com a Dona. Maria, pronto é o que você precisa, um sinalizador”. (ENTREVISTA 4, 2016).*

Falas do Grupo Focal (2017) vem bem de encontro a esta colocação ressaltando a importância da familiaridade do vínculo no cuidado e na resolutividade da rede de atenção:

*“O principal verbo do ACS é ouvir”. (GRUPO FOCAL, 2017).*

*“Ele em si é um assistente diário na rua, porque ele se presta várias assistências, a gente se envolve muitas vezes não só com a parte da saúde muitas famílias eles consideram a gente como se fosse da família, porque eles têm muita convivência, muitas residências eles contam pra nós e não contam pro familiar, não contam nem mesmo pra enfermeira, pro médico, muitas coisas a gente sabe porque temos a porta livre, o acesso livre na casa deles, que muitas pessoas que não imaginam, mas que eles contam pra nós”. (GRUPO FOCAL, 2017).*

Na continuidade da conversa com o grupo focal fora apontado ainda a importância do relacionamento com demais equipamentos da rede num sistema de troca de informações e não apenas de troca de papéis de encaminhamento. Os ACS reforçam que mesmo que o usuário seja encaminhado para outro equipamento da rede de atenção ele continua sendo de responsabilidade da atenção básica e que, na maioria das vezes, só recebem informação pelos familiares do mesmo e não pelos outros equipamentos da rede como deveria ser. Neste ponto aparece mais uma vez a falha da comunicação que acaba por ser unilateral. A falha na comunicação intersetorial é obstáculo ressaltado no que diz respeito a Rede: *“Porque assim não existe uma rede mesmo, as pessoas não se comunicam. Teriam que haver reuniões mensais para existir essa troca de informações e não existe”. (ENTREVISTA 8, 2016).*

Colocando a articulação entre a APS e os serviços especializados como princípio fundamental na reforma da atenção em saúde mental tem-se a valorização de todos os trabalhadores da APS como aqueles que ocupam lugar estratégico nas ações de prevenção, promoção, reabilitação psicossocial e vigilância. Afinal “o apoio matricial proporciona a atuação interdisciplinar no atendimento às demandas de cuidado, rompendo com a lógica da referência e contrarreferência que gera desresponsabilização dos trabalhadores neste contexto de atuação (SOUZA; SANTOS; CORDEIRO, 2014, p. 175).

#### 4.3.3 Questão da capacitação dos profissionais e atuação da gestão

Além das questões já apontadas em relação a gestão e sua importância em relação a infraestrutura física e de recursos humanos já mencionadas junto as discussões dos itens anteriores, aqui serão abordadas a questão da gestão e seu conhecimento e interesse pela Política Pública de Saúde Mental, também no que se refere a formação e capacitação das equipes de cada equipamento.

A falta de conhecimento e de apoio da gestão impacta negativamente no funcionamento da Política de Saúde Mental na região e podem ser encontradas em vários trechos das coletas de dados, tais como:

*Tendo uma política pública bem clara, bem definida, onde os gestores conhecessem essa política e pudessem cobrar que esta política fosse feita com apoio dos técnicos profissionais (porque o gestor também não precisa saber tudo de saúde mental, mas ele tem que comprar a idéia – **complemento da pessoa entrevistada**). (ENTREVISTA 8, 2016).*

Ou ainda: “*Então assim, tem que ter capacitação, gestores tem que ter essa capacitação, tem que começar lá de cima e todo mundo ser capacitado ao mesmo tempo, desde os gestores, os departamentos, os funcionários, todo mundo*”. (ENTREVISTA 2, 2016). Além dessas, outra fala merece destaque:

*Só acho que a gente não tem apoio do gestor, e eu entendo assim, que eles não sabem direito o que a gente faz. Nós tivemos várias representações, cada secretário que vinha a gente ia lá e conversava e apresentava o resultado, o que fazíamos (ENTREVISTA 2, 2016).*

No grupo focal (2017), a questão também foi mencionada:

*[...] porque tinha farmácia no X, que é mais próximo, que agora só vai ter na central Y, que é muito longe, daí nós brigamos porque sabemos das dificuldades. Tem gente que não tem bicicleta, idoso, não tem dinheiro, vai daqui até lá pegar nesse sol. [...]. O que vai acontecer é que muitos vão deixar de tomar os remédios e daí piorar. [...] porque aqui a gente trabalha com a prevenção, não lidar com a doença, mas aí vai lidar com a doença diretamente porque não vai prevenir. SAMU deixará de atender algo grave para vim buscar paciente aqui. E outra SAMU só leva, não traz. Daí eles recusam a ir porque não tem como voltar (GRUPO FOCAL, 2017).*

Não conhecer a realidade da população, o potencial e dinâmica dos equipamentos disponíveis nos diversos níveis de atenção influencia decisões equivocadas da gestão e, por conseguinte, deixa para os executores das ações junto aos usuários a sensação de não apoio. Por exemplo:

A Portaria nº 336/GM define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Caps. Esses serviços passam a ser caracterizados por portes de clientela, recebendo as denominações Caps I, Caps II, Caps III, Caps-i e Caps-ad. Entende-se que esse documento é fundamental para os gestores e trabalhadores em saúde mental (BRASIL, 2002a apud SOUZA, 2015, p. 54).

A alocação não criteriosa dos profissionais nos equipamentos públicos também impacta negativamente no dia a dia dos equipamentos e na política pública:

*Eu passei em terceiro lugar, aí chamaram terceiro, quarto e quinto. Aí falei que como tinha passado em terceiro tinha mais direito de escolha porque já chamaram os outros dois para saúde. Aí falaram que não, não tinha direito a escolha porque quem chamou primeiro foi à educação (ENTREVISTA 5, 2016).*

Neste último caso, mesmo com experiências e interesses de atuação na saúde a alocação equivocada pode trazer prejuízos para os dois setores com profissionais desmotivados e com pouco conhecimento para sua área de atuação. Em outras palavras, inserir um profissional em uma área de atuação que não é de seu interesse ou ainda de seu conhecimento profissional pode comprometer o desempenho da função e a relação do funcionário com toda a dinâmica de funcionamento do setor.

Aliada a questões já colocadas em relação à gestão (desconhecimento e falta de apoio da gestão e a alocação não criteriosa dos profissionais nos equipamentos) tem-se ainda a grande rotatividade na gestão e dentre os funcionários da APS. No grupo focal (2017) as principais dificuldades colocadas pelos próprios ACS é a falta de treinamento:

*A gente entrou aqui e não tivemos nenhum treinamento, eu tenho 1 ano e pouco só, mas tem muita coisa, que agora eu só estou ouvindo muita coisa, mas a gente não sabe, entrou vai lá pega a ficha, cadastra, faz isso, mas ninguém deu o treinamento para a gente. (GRUPO FOCAL, 2017).*

Acrescenta-se que o número insuficiente de profissionais e a forma de contratação (processo seletivo) que não lhe garantem estabilidade resultando em rotatividade da equipe e necessidade de repetição dos momentos de capacitação interna das equipes:

*o nosso trabalho, a gente faz o processo seletivo, é válido por 1 ano, prorrogado por mais 1 ano, a M. aqui vai vencer esse contrato agora em setembro, o que vai acontecer, vai ter que fazer outro teste seletivo, ser aprovada pra dar continuidade, e nessa prova a gente perdeu muito agente de saúde muito bom, muito bom pra família. (GRUPO FOCAL, 2017).*

E a falta de reconhecimento dos gestores:

*O reconhecimento da população ela é dada sim, eu acho que no fundo eles veem que a gente faz o possível por eles, corre atrás, a gente escuta, a gente tenta resolver até onde dá e o reconhecimento da população, dos usuários ela é feita, mas dos gestores infelizmente a gente é dado como números, querem que alcancemos metas [...] querem saber de quantidade. (GRUPO FOCAL, 2017).*

Corroborando com as colocações dos ACS, a fala da Entrevista 7 (2016) aponta a dificuldade que a rotatividade traz para a atuação em APS ao responder que nem todos os ACS de agora estão capacitados:

*Não, porque já faz um tempinho, porque o que acontece, a saúde da família de 2005 para cá, os profissionais, agentes comunitários, técnicos, enfermeiros e médicos não são concursados. Primeiro de 2005 a 2012 foi contratação por Oscip. Depois houve uma determinação que não poderia mais ter contratação por Oscip e que o município deveria providenciar um concurso público. De 2012 para cá a prefeitura colocou como não havendo*

*orçamento para fazer aquilo. Como é algo de saúde, que é necessário, foi deixado que o município fizesse testes seletivos. Aí fizemos testes seletivos no final de 2012 e o último agora foi feito em julho de 2015, aí essa rotatividade de profissionais. [...] E a gente também aqui não conseguiu implantar um protocolo, que independente de quem entra e saia, ficasse aquilo ali como uma rotina, nós também não conseguimos, porque houve muita rotatividade da coordenação. (ENTREVISTA 7, 2016).*

Complementando, Souza (2015, p. 142) traz três pontos a serem investidos “para uma maior expansão das ações de saúde mental na atenção básica, em conformidade com as diretrizes da atual política pública nacional de saúde mental”. Resumidamente esses pontos consistem em: elevado investimento da gestão local; políticas e ações cada vez mais intersetoriais; diminuição da precariedade dos vínculos trabalhistas visando a permanência dos profissionais no serviço.

Assim, a questão da capacitação profissional é outro ponto crítico segundo os entrevistados. Apenas a nível estadual há incentivos nas capacitações. Não há esse incentivo municipal nas últimas gestões, e as capacitações citadas como participação foram as do APSUS, ofertadas pelo estado (tanto para os agentes técnicos de saúde quanto para os ACS), e as que os profissionais da rede buscam por conta própria. Na entrevista 4 (2016) alia-se os critérios para definição dos treinamentos e dos participantes do mesmo às mudanças na política de atenção e comenta-se sobre os critérios das capacitações e os tipos de capacitações (as capacitações contínuas e de curta duração; as capacitações no formato de multiplicação; o conhecimento do contexto local da capacitação para o capacitador):

*[...] se o Estado vai colocar uma linha de cuidado, você tem que treinar todas as instâncias, mas para você chamar quem vai, que tipo de treinamento, o critério é muito vago. [...] Então as capacitações precisavam ser assim melhor direcionadas e serem feitas para aquele perfil. Então se eu tenho atendimento a emergência quando ela chega numa porta aberta num pronto socorro, então é uma capacitação específica para isto e para quem trabalha no pronto socorro: técnico, enfermeiro, médico, mas eu tenho administrativo, psicólogo, eu tenho a equipe multi (ENTREVISTA 4, 2016).*

*Eu acho que esses treinamentos que eles chamam de pocket agora né, que são de 30 minutos no local de trabalho, poderia trazer mais resultados; (ENTREVISTA 4, 2016).*

*Eu acredito que isso funciona por conta da capilaridade da coisa mesmo, de que alguém do assistencial vai, vai voltar e vai multiplicar isso ali, mas acho que isso tem que ser direcionado. [...] Não é feito este ‘contrato’, acho que deveria ser feito este ‘contrato’ de que eu vou e vou multiplicar. Então quando eu vou, eu volto com a obrigação porque se eu vou ser uma multiplicadora quando eu vou lá, eu diria para você que vou até com menos*



*defesa. [...] o multiplicador precisa acreditar, quer dizer, ele vai multiplicar aquilo que acredita; (ENTREVISTA 4, 2016).*

*E uma outra coisa quem vem para o treinamento, quem vai dar, tem que ter o conhecimento? Tem, mas ele tem que conhecer um pouco do que ele está falando, aí você vê que tem um alguém de Curitiba, que tem aquela estrutura de rede, para vir falar aqui, aí você tem que funcionar... não dá, sabe?. (ENTREVISTA 4, 2016).*

Por estas falas tem-se a importância das capacitações e várias possibilidades de fazê-las. É necessário apenas que se planeje cada uma delas de acordo a favorecer os agentes e setores que dela necessitam e para que sejam contextualizadas na realidade local para que sejam produtivas e possam ser aplicadas no exercício laboral cotidiano.

Nesse sentido, é importante lembrar que:

*O desafio para a produção intelectual do SUS está em fazer com que, a partir dos desconfortos dos trabalhadores na assistência, efetivem-se processos de educação permanente (BRASIL, 2014) que produzam inovações e mudanças nos serviços e nas práticas cotidianas do cuidado em saúde. (SOUZA; SANTOS; CORDEIRO, 2014, p.162).*

Tem-se ainda a colocação em alinhamento a esta fala de uma capacitação contínua e semelhante para as situações de saúde como um todo e que infelizmente esse investimento é pequeno no setor de saúde:

*Deve existir um núcleo de treinamento, de capacitação, de estudo continuado e isso para todas as áreas que a gente atua, dentre essas áreas a área de capacitação em saúde mental. Então seria muito válido para gente se a gente tivesse simpósios, se a gente tivesse obrigatoriedade, mas com o aval da direção para participar de congressos que tratam este tipo de tema. Eu não vejo que a saúde mental possa ser levada de uma maneira diferente das outras que a gente atende. Atender um paciente com uma desordem psíquica para mim é a mesma coisa que atender um paciente com uma desordem orgânica, penso eu que a capacitação deve ser semelhante, deve ser constante. Infelizmente nos setores de saúde o processo de capacitação é extremamente renegado, sempre colocado de lado, em todas as instituições que a gente conhece, a não ser nas instituições que são instituições que estão envolvidas com o processo de capacitação universitária. Quando não é assim, quando a gente está fora de um hospital escola a gente vê que o processo de capacitação é muito individual (ENTREVISTA 9, 2016).*

O somatório das duas questões, gestão e capacitação, claramente representa questão crítica no município:

*Não creio que a rede pública hoje de Paranaguá possa ser reputada eficaz, diante da ausência de estruturas básicas para o seu funcionamento, devendo para sua melhoria haver, no mínimo, a observância de prévio planejamento pelo gestor para a execução de políticas públicas no setor e a posterior destinação e aplicação de maior vulto de recursos financeiros para a sua estruturação, além da capacitação de pessoal (ENTREVISTA 12, 2017).*

Para os ACS, no papel dos burocratas de rua (LOTTA, 2012), há uma esperança de mudança de postura da gestão com maior valorização da atenção primária: “[...] a gente espera que os órgãos competentes tenham um olhar, para ver, escutar e saber lidar com a realidade que são as pessoas, seres humanos, que não são números”. (GRUPO FOCAL, 2017).

Considera-se ainda que cada modelo de Estado execute determinado modelo de Políticas Públicas. A escolha destes modelos depende da dinâmica do governo, a forma e qualidade das relações deste governo com a sociedade, a forma que a sociedade se organiza para fiscalizar e cobrar a execução de seus direitos. Somando-se a isto Chrispino (2016) salienta que uma decisão tomada por um político ao implementar uma determinada política pública traz um rol de itens que justificam a decisão, mas nem todos estes itens são explicitados ao público.

#### 4.3.4 Estigma da saúde mental

O último ponto a trazer para reflexão é o estigma em SM. Cabe aqui esclarecer que o estigma é baseado em pré-concepções transformadas por nós em expectativas, normativas ou exigências, capazes de estabelecer categorias rigorosas de pessoas que podem ser encontradas em cada ambiente social. “Um estigma, é então, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo” (GOFFMAN, 1891, p.7). Em outras palavras é a diferença entre “os normais” (comuns a maioria) e “os não normais” que impactam em reações de estranhamento num determinado contexto. Os transtornos mentais são tidos como um estigma ao atribuir a pessoa com doença mental uma identidade também negativa, uma identidade deteriorada e trata-lo como um indivíduo que apresenta características que o tornam diferente dos outros. O estigma pode levar a uma postura de isolamento do estigmatizado e, por isso mesmo, se faz relevante combater estas posturas segregadoras.

Ao falar de suas vivências relacionadas com o trabalho com saúde mental, os entrevistados demonstram a compreensão de que os usuários de saúde mental são “*todo mundo*” (ENTREVISTA 5, 2016), reconhecendo que qualquer pessoa está sujeita a necessitar de intervenções da SM em algum momento de sua vida. Contudo, aparecem referências aos estigmas neste campo de atuação. A Política de Saúde Mental é vista como desprivilegiada e estigmatizada: “*Saúde Mental é estigmatizada, é difícil os gestores trabalharem com isto*”. (ENTREVISTA 1, 2016).

Reforçando que o trabalho em saúde mental é sempre multidisciplinar a Entrevista 4 (2016) traz ainda a questão do preconceito na área:

*Olha, trabalhar com saúde mental é sempre, é um desafio, você nunca trabalha sozinho, você tem um momento principal de estar com usuário, né que é o momento dele, mas a resolução é assim, a continuidade, ela precisa de outras pessoas, ainda que na saúde mental a gente percebe um certo preconceito mesmo dos dois lados, tanto do usuário, quanto do profissional. Então por isso que falo que é um desafio que você está sempre tendo que se superar, abrir um pouco mais seu olhar, e fazer isso com o outro também. (ENTREVISTA 4, 2016).*

Ao falar da dificuldade da atenção secundária (CAPS) com a atenção primária (PSF) na qual os médicos recusam atender usuários de saúde mental aparece o estigma e reforça a importância de todos os profissionais da saúde reverem sua postura frente aos usuários da saúde mental:

*Eu sou médico, eu não trabalho com louco [...] que eles pudessem ter uma visão diferenciada com essa clientela. Eles falam: eu não gosto, eu não faço, mas quando a gente está num serviço público a gente não tem especialidade para dizer que só faço tal coisa ou tal coisa, assim, essa sensibilidade, que eles pudessem ter outra clínica no olhar, no olhar pelo menos (ENTREVISTA 6, 2016).*

Para Souza (2015, p. 138): “Um grande desafio dessa articulação reside no estigma da periculosidade do louco, ainda presente no imaginário dos profissionais da atenção básica”.

Também na percepção das ACS, dos usuários e dos profissionais de várias áreas aparecem preconceitos:

*ainda tem aquele estigma de que psicólogo é pra louco. [...] E alguns chegam e falam que eu nunca pensei que ia precisar de um médico de louco [...] também tenho o posto disso, as ACS principalmente, indo devagar*

*sempre ir trabalhando elas, porque elas mandam todo mundo e também não é assim (ENTREVISTA 5, 2016);*

*Então, é muito comum no nosso dia a dia que a gente veja algumas equipes de saúde que não tratam com o devido respeito o paciente etilizado, por exemplo, sem levar em consideração que este paciente etilizado é um paciente doente que precisa de tratamento. (ENTREVISTA 9, 2016);*

*quantas crianças que tem alguma dificuldade na escola, elas são rotuladas e elas têm dislexia. (ENTREVISTA 10, 2016).*

A falta de conhecimento acerca da saúde mental e do comportamento de seus usuários também favorece a segregação e estigma neste campo como exemplifica a fala de uma ACS no Grupo Focal (2017): *“às vezes acho que é a falta de conhecimento da família ou quer que a pessoa fique internada porque eles não sabem como lidar com aquela situação”*.

Sobre a questão de segregação em saúde mental, brilhantemente Souza (2015, p. 41) afirma que:

Além disso, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica permite contato direto e estreito com as necessidades de saúde dessa clientela, visto que uma das principais características dessa prática é a de que não segrega, não agrupa as pessoas pelo seu diagnóstico, como faz ainda o hospital psiquiátrico e, de certa forma, fazem os Caps, ainda que inserido no território. Eis aí uma grande desafio para os profissionais de saúde mental: cuidar sem segregar.

Para quebrar com o estigma de saúde mental é colocada como potencial da atenção primária uma vez que o vínculo e manutenção da inserção comunitária, ao impulsionar o conhecimento, favorecem a adaptação dos usuários com seus familiares e demais membros de sua comunidade. No Guia de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.10) ressalta-se esse papel da atenção primária:

Nessa nova forma de cuidado, a lógica manicomial se dissipa. Em vez de ‘ajudar’ às famílias retirando seus membros mais ‘problemáticos’ do núcleo familiar, propõe-se, agora, ajudar a família para que esta ajude seus membros mais necessitados. Assim, a mesma diretriz adotada para as pessoas com intenso sofrimento mental deve também ser adotada para os usuários de drogas: em vez de afastar membros de sua família e de sua comunidade, é fundamental buscar integrá-lo. Já as ações da Estratégia da Saúde da Família (ESF) devem, em conjunto com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), evitar o isolamento social e apoiar as famílias para que estas consigam lidar com seus membros problemáticos.

Essa mesma possibilidade de combate ao estigma da saúde mental na Entrevista 3 (2016) coloca-se sobre o potencial do matriciamento:

*Eu acho o matriciamento fantástico, primeiramente porque quando se começa trabalhar matriciamento, você começa a desmistificar a saúde mental, você começa a desmistificar a pessoa com o transtorno, é um processo pedagógico mesmo assim, que a sociedade começa a ver a pessoa portadora daquele sofrimento de uma forma diferente. (ENTREVISTA 3, 2016).*

Assim, é importante lembrar que o que se compreende por saúde mental é também uma construção social e, desta forma, tem suas mistificações:

Sem dúvida, a loucura, como uma construção social, esteve sempre tomada por ideologias decorrentes dos processos sociais em determinados contextos históricos. Isso significa dizer que, para além da necessidade de formar teórica e tecnicamente um profissional do campo de saúde mental, trata-se, antes de tudo, de desconstruir e construir ideologias sobre a loucura, considerando todos os sentidos que esse debate comporta. (JUNIOR; CALDAS; LINO, 2014, p.85).

Está lançado o desafio: inserir nas capacitações em saúde mental a busca por novos paradigmas sobre a loucura e novas formas de atuação na área. Neste último aspecto ressalta-se a importância do foco na escuta qualificada, clínica ampliada, acolhimento adequado, humanização do atendimento, incentivo ao protagonismo do indivíduo e maior conhecimento dos princípios do SUS e da Política Pública de Saúde Mental. Que a expansão da APS possa também ser suporte nesta quebra de estigma ao favorecer a socialização ou ressocialização do usuário de saúde mental na vida comunitária.

## 5. RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Paranaguá hoje, primeiro semestre de 2017, conta com os seguintes equipamentos na Rede de Atenção a Saúde Mental:

- Na Atenção Primária: grupos de ajuda mútua; UBS/ESF; Academia da Saúde; NASF / Equipe matricial (em apenas duas localidades no município ficando a maior parte deste serviço descoberto); CRAS; Escolas; Associações, ONGs, Igrejas e similares.
- Na atenção secundária: CAPS (modalidade inferior a necessária para o seu porte populacional); CREAS; Hospital Geral e Pronto Atendimento.
- Serviços de Urgência e Emergência: SAMU.

O momento atual da Política Pública de SM em Paranaguá parece ser de crise, com fragmentação intersetorial e intervenção judiciária para ações de infraestrutura na Rede. No geral, a Atenção Primária apresenta novas ações e dinâmicas de funcionamento, a secundária está com dificuldades funcionais buscando alternativas para melhor inserção na Rede. Há também demandas no que concerne às capacitações para alinhamento das ações e ampliação das possibilidades de ações de rede, de preferência no caráter intersetorial e a partir da APS. Para Santos e Souza (2014, p.132-133) são elas: aprender sobre psicotrópicos para melhor orientar sua clientela; conhecer para intervir positivamente sobre o processo saúde/doença mental; agir sem preconceito; desenvolver tecnologias de “aproximação” e responsabilização pelo usuário; atuar como facilitadores da inclusão social; desenvolver habilidades de manejo frente ao álcool e outras drogas; desenvolver habilidades de apoio às famílias que vivenciam o adoecimento mental; e receber cuidados que promovam a saúde mental e o bem-estar, desenvolvendo o autocuidado para cuidar de outros.

No que tange aos modelos de cuidados tem-se a coexistência dos três modelos de atenção ou discurso advindos a partir da Reforma Psiquiátrica: “o centrado no modelo biomédico humanizado; o psicossocial com ênfase na instituição e, por fim, o discurso psicossocial com ênfase no território” (JUNIOR; CALDAS; LINO, 2014, p.111). Comparando a situação atual de Paranaguá, o primeiro refere-se ao Ambulatório de Saúde Mental e ao cuidado do especialista (remete um pouco ao modelo manicomial), o segundo a relevância colocada no CAPS e no Hospital Geral na rede de saúde mental e a terceira a perspectiva de ampliar as ações da

APS em saúde mental diante formalização recente do NASF. São ressaltadas, tanto nos registros documentais das atas do CISMEEP quanto no relato das entrevistas, as dificuldades diante da falta de equipamentos da rede de atenção e do encaminhamento de usuários de saúde mental para o hospital geral. Pela redundância destas queixas percebe-se em clima colocado nas entrevistas que há certa descrença e desmotivação de alguns profissionais da rede quanto a possibilidade de mudança desta realidade.

Enfim, por meio da fala dos entrevistados, é possível elaborar uma lista com o que precisa ser feito para fomentar uma formação de rede e estabelecer ações de matriciamento:

- 1) Os gestores locais e secretariais precisam ter conhecimento da situação do município (diagnóstico com indicadores) e responsabilizar-se dentro das ações da política de SM;
- 2) Investir mais na APS para melhor resolutividade das ações; fortalecer a atenção secundária para suporte quando necessário e estabelecer suporte efetivo da atenção terciária para manejo de urgências e emergências;
- 3) Implantar e fortalecer os pontos de atenção (inclusive clarificando limites de atuação e responsabilidade de cada equipamento) para que se possa estruturar uma rede;
- 4) Ter uma “foto” dos pontos de atenção e segui-la em todos os setores públicos e privados e em todos os níveis de atenção ficando, em última instância, o papel de arbitrar do judiciário;
- 5) Atentar para capacitação permanente e a rotatividade dos profissionais nos quadros técnicos e políticos;
- 6) Desmistificar a SM entre usuários, profissionais e gestores, com planos de contingência (de situações incômodas) estabelecidos na rede;
- 7) Estabelecer e manter boas relações entre todos os agentes de SM para uma relação saudável a nível intra e intersetorial;
- 8) Buscar alternativas mistas de financiamento (públicas e privadas) numa visão de parcerias locais para implantação de soluções demandas da regional como um todo;

Em relação à implantação da Política Pública de Saúde Mental a gestão demonstra não conhecer detalhes relevantes desta política, em suas diversas fases e inúmeras normativas, e há déficit importante e recorrente em relação à legislação

sendo que constam, desde 2014, intervenções cada vez mais incisivas do Ministério Público do Paraná. Em 2014, cobrando promessa realizada ainda em 2006, instaura-se um Procedimento Administrativo no município de Paranaguá. Sem resposta satisfatória, considerando a gravidade do tema negligenciado e os dados populacionais do município, instaura-se um inquérito civil em 2016. Ambas intervenções cobram a adequação dos equipamentos de saúde mental em conformidade com a legislação de Saúde Mental através da implantação dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), modalidade II e Ad, no município de Paranaguá. Neste caso cabe a reflexão de Matheus (2014, p. 7) sobre a vontade política numa “visão mais realista emana da união de interesses de cada um, mais do que a substituição desses interesses por uma vontade geral, unitária”. Assim, a queixa de usuários do sistema frente ao Ministério Público pode levar a superação de obstáculos e servir de estratégia entre diversos interesses a fim de gerar vontade política.

É também relevante as idas e vindas das ações e temáticas do CISMEEP indicando que a mobilização das ações podem estar esbarrando em interesses não compartilhados a ponto de não haver resolutividade e apontando para a causa de desmotivação e desinteresse de algumas pessoas em participar do grupo. Refletindo sobre esta atuação na visão de Matheus (2014, p. 12 e 13) tem-se que embora cada instituição integrante do CISMEEP tenha sua importância ignora-se o fato dos indivíduos serem pessoas com mazelas inter-relacionadas e, dessa maneira, a compreensão dos problemas se dá de acordo com circunstâncias e interesses. É necessário que o verbo “agora” possa prevalecer, que as pessoas possam ter entendimento compartilhado a respeito de diferentes perspectivas e que questionamentos postos possam ajudar a identificar o que realmente querem para o grupo: “sem a participação direta, as pessoas perdem interesse e a vontade política começa a se evaporar. As organizações cívicas perdem autenticidade, vitalidade e, em última instância, eficácia”

Em relação à rede e seu fluxo, a mudança na política de atenção com a instituição da RAPS e as instabilidades no processo de matriciamento ainda existem muitas divergências e dúvidas nas ações dos profissionais da rede. Considera-se que não existe rede e fluxo formalizado no município, não se reconhece ainda como diferencial a atuação da APS em saúde mental e o matriciamento como instrumento



de articulação da rede, estimulador da pactuação intersetorial e ferramenta para quebra de paradigmas e preconceitos na saúde mental ainda não é conceito conhecido por muitos. As mudanças que o matriciamento pressupõe articulação da APS com outros níveis de atenção, quebra da lógica da especialização e o favorecer a coresponsabilização e entende-se que possa ser executado tanto pela atenção primária (NASF) quanto pela atenção secundária (CAPS). O CAPS em Paranaguá que já teve experiência em matriciar não está conseguindo executar esta demanda e a equipe de NASF tem investido em ações de matriciamento ainda que enfrentando dificuldades com outros setores e com algumas dúvidas a respeito de como funciona o matriciar. Entre os ACS há maior compreensão sobre a proposta de matriciamento e em suas falas há valorização pelo conhecimento compartilhado e a importância deste no preparo de sua atuação comunitária.

As relações interpessoais e institucionais numa sociedade complexa trazem várias demandas que para a SM dos usuários do Sistema de Saúde no Brasil. Ao longo da implantação das principais mudanças na Política de Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica as práticas propostas pela política foram sendo testadas e novos desafios foram surgindo. O principal deles é o da não institucionalização e da reintegração social do usuário de saúde mental. “Não existe o triunfo final nem a eliminação do problema, mas triunfos. E eles acontecem durante todo o processo de cuidado. A cada pessoa que integramos à sua família e à sua comunidade, conseguimos um triunfo”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 44).

Neste sentido, as mudanças propostas com atuação da APS e o processo de matriciamento em SM são base importante para manter o usuário em seus vínculos familiares e comunitários:

Para a inclusão das ações de saúde mental no campo da atenção básica faz-se necessário tecer redes, ligar pessoas, territórios e implicar-se com a vida do outro para oferecer atenção integral e qualificada. Essa articulação promove desestabilização tanto nos serviços quanto nas pessoas e, dessa forma, abre-se a possibilidade para o novo, para as novas formas de olhar, lidar e conviver com a loucura. (SOUZA, 2015, p.79).

Assim, entendendo a proposta de apoio matricial como uma ferramenta capaz de fazer a tecitura da rede em ações de saúde, a compreensão da dinâmica de matriciamento, com relações intra e intersetoriais, potencializa a intervenção e o

funcionamento da rede com foco na coresponsabilização e no cuidado integral e resolutivo em saúde mental. A percepção de alguns profissionais entrevistados de que o matriciamento é uma tecnologia e estratégia de construção compartilhada de um plano terapêutico de forma intersetorial e interdisciplinar que facilita o trabalho de várias equipes e evita encaminhamentos desnecessários representa mais um avanço nas ações em saúde mental segundo modelo de atenção Saúde da Família. Contudo, na realidade de Paranaguá tem-se que são necessárias mais ações no sentido de organizar a casa e fazer as ampliações necessárias para então se estabelecer o fluxo de atendimento e a rede de atenção no município.

As reflexões acerca da Política Pública de Saúde Mental em Paranaguá responde as questões hipotetizadas. Sim, ainda é importante uma formação continuada e atualização a respeito das premissas e alterações da Política Pública de Saúde Mental para todos os envolvidos na sua execução, inclusive considerando a lógica da intersetorialidade. E sim também para a necessidade de estruturação física e de recursos humanos para a disponibilização de todos os dispositivos necessários para que haja efetivamente uma rede de atenção em saúde mental no município. Neste sentido é possível listar os equipamentos e estratégias que ainda são necessárias de serem disponibilizadas para a formação da RAS em conformidade com o que preconiza o modelo de atenção comunitário da RAPS:

- ✓ **Na Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde:** é preciso expandir o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS); implantar o Consultório de Rua (CR); efetivar o apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório (incluindo as Comunidades Terapêuticas); e criar estratégias de redes com Centros de Convivência e Cultura (CRAS e CREAS e seus Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV) já estabelecidos no município.
- ✓ **Na Atenção Psicossocial Estratégica:** é necessário regularizar o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para modalidade CAPS II conforme dados demográficos e implantar o CAPSad e CAPSi podendo ser demanda no formato de consórcio intermunicipal (exemplo proposta SIMPR).

- ✓ **Na Atenção de Urgência e Emergência:** é necessário apenas estabelecer as relações de rede entre os pontos que respondem por esta atenção - SAMU 192, UPA 24 horas, PA e UBS.
- ✓ **Na Atenção Residencial de Caráter Transitório:** necessidade de implantar as Unidades de Acolhimento (UA) adulto e de criança e adolescente.
- ✓ **Na Atenção Hospitalar:** necessidade de regularizar as questões dos leitos hospitalares em Hospital Geral (Enfermaria especializada em hospital geral) em conformidade com a legislação.
- ✓ **Na Estratégias de Desinstitucionalização:** avaliar, num próximo passo, a necessidade e a possibilidade de ofertar na região os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
- ✓ **Na Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** estabelecer, com parcerias intersecretariais, iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e também de Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Esses são as estratégias de atenção em Saúde Mental que, sendo ofertados conforme demanda e uma lógica de plano terapêutico com seus devidos fluxos e corresponsabilizações, possibilitam cumprir os principais objetivos das intervenções em saúde mental: reabilitação psicossocial e reinserção social comunitária. Além disso, é possível diminuir o estigma da doença mental junto à comunidade.

O estímulo para que a porta de entrada do serviço de saúde mental deixar de ser a atenção secundária para ser a atenção primária em saúde é o que acontecendo com a atuação do NASF no município. Esta iniciativa, além de seguir as recomendações da OMS nas intervenções em saúde mental, vai ao encontro de índices de resolutividade melhores uma vez que muitos dos usuários da APS trazem queixas e demandas relacionadas ao sofrimento psíquico normalmente nos primeiros contatos com os serviços.

## 6. CONCLUSÃO

A presente pesquisa cumpriu seu objetivo de possibilitar a compreensão das estratégias de saúde mental em Paranaguá com seus avanços e desafios. Dentre os avanços destacam-se a existência de profissionais comprometidos e capacitados no quadro de funcionários municipais e estaduais, existência de equipamento de atenção secundária em saúde mental, iniciativas importantes de redes e de matriciamento que corroboram com a quebra de estigma da saúde mental, a existência de um Comitê Intersecretarial de Saúde Mental atuante no sentido de acompanhar e colaborar para que se cumpra com o que se propõe a proposta da Política Pública de Saúde Mental.

Dentre os desafios estão a regularização de equipamentos de saúde mental em desconformidade com a legislação da área e as necessidades de trabalho, a inconsistência de planos de ações diante de muitas trocas na gestão municipal, a necessidade de capacitações continuadas à equipe de saúde, a efetiva intersetorialidade com ênfase nos processos de matriciamento e na adoção de um fluxo de atendimento em saúde mental e o fortalecimento da saúde mental na atenção primária.

São necessários e possíveis avanços na Saúde mental no espaço territorial do litoral do Paraná e em especial no município de Paranaguá. Comparativamente aos seus dados populacionais e demandas com as diretrizes da Política Pública de Saúde Mental o município tem ciência de sua defasagem e há iniciativas locais buscando solucionar a questão: judicialização da política, ações do Comitê de Saúde Mental junto aos gestores dos municípios da 1ª Regional em busca de pactuações intermunicipais e intersetoriais e iniciativas de técnicos da saúde em desenvolver projetos de trabalho direcionados ao alinhamento com as propostas da Política Pública de Saúde Mental. Resumidamente o município de Paranaguá quanto à Saúde Mental demanda de investimentos na atenção primária em saúde, adequação da atenção secundária conforme dados populacionais e as demandas no que tange álcool e drogas e ações quanto ao acolhimento temporário.

A saúde mental com toda a sua complexidade e historicidade precisa ser compreendida como conhecimento que extrapola o setor de saúde e traz reflexos para todos os âmbitos de uma sociedade. Assim, suas ações políticas devem contar com a participação comunitária, prever articulação intersetorial e quebrar a lógica da

especialidade. A abordagem das questões de saúde mental de forma planejada em cada âmbito do contexto relacionado e através da responsabilização a partir da atenção primária possibilita maior efetividade nos resultados. Assim, a perspectiva das intervenções do Programa Saúde da Família corrobora com a disseminação de informações acerca da saúde mental e maior sucesso no tratamento uma vez que se ampliam as possibilidades de ações de prevenção e promoção de saúde e de abordar os casos em fase inicial.

Para o sucesso das intervenções em saúde mental segundo as Legislações que complementam e sucedem a Lei orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001) as ações de saúde mental devem ter a APS como principal ponto de atenção num modelo de atenção Saúde da Família. Neste sentido, o Decreto 7.508/2011 (RAPS) e a busca por redução de custos na atenção secundária e terciária apontam que o investimento na atenção primária possibilita o cuidar sem segregar e no território. A rede se estabelece com sucesso quando desde o território até o serviço especializado forma-se um grupo articulado com o uso da tecnologia do matriciamento estabelecida numa comunicação adequada e conhecimento do fluxo de encaminhamento estabelecido.

Para o município faz-se viável a negociação das propostas do SIMPR que, através de pactuações intermunicipais e intersecretariais, buscam viabilizar a implementação da Atenção Residencial de Caráter Transitório e da Atenção Psicossocial Estratégica (os CAPS) na modalidade necessária com as demandas locais e os dados populacionais. Junto com o fortalecimento da APS esta seria uma experiência prática de tecitura de redes dentro do que se propõe a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

Que outras pesquisas vindouras possam encontrar uma rede estabelecida futuramente com uma lógica de intersetorialidade e coresponsabilização numa visão de saúde ampliada e ações de prevenção e promoção de saúde. Sugerem-se pesquisas quanto ao impacto dos estigmas em relação à doença mental na atenção a estes usuários e futuramente uma pesquisa que possa apontar os resultados advindos das intervenções em saúde mental a partir da atenção primária em saúde com o uso do instrumento “Estratificação de Risco em Saúde Mental” – constante do material da SESA – Oficina 08 de Saúde Mental.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. J. de. **A organização dos serviços de saúde em Londrina: antigos e novos registros de uma experiência em processo**. Londrina: INESCO, 2013, 226 p.

AMARANTE, P. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, 01(1). 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. Brasília: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP Associação Médica Brasileira – AMB Conselho Federal de Medicina – CFM Federação Nacional dos Médicos – Fenam, 2006, 58p.

BAPTISTA, T. W. de F.; MATTOS, R. A. de. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). IN: \_\_\_\_\_ **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015, Capítulo 2, p.82-129.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. 2016. 279p.

BARROS, R. P. de. Desigualdade no Brasil. IN: Da Série Leituras do Brasil. **A vida que a gente quer depende do que a gente faz - Proposta de Sustentabilidade para o planeta**. Instituto Ecofuturo, 2007, p.48 – 57;

BRASIL. **Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ. <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html> Acessado em 04 de abril de 2017.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado em 25 de setembro de 2012.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html) Acessado em 06 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 396, de 07 de julho de 2005**. Aprovar as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Brasília, DF. <http://multiplasaude.com.br/biblioteca/Sa%FAde%20Mental/saude%20mental%202005/Portarias%20%20comentarios%20e%20impacto/PORTARIA%20N%BA%20396.doc>. Acessado em 06 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.442, de 09 de dezembro de 2005.** Torna insubsistente as Portarias GM nº 388, GM nº 390, GM nº 396, GM nº 1.017, GM nº 1.057, GM nº 1.062, GM nº 1.063, GM nº 1.067, GM nº 1.069, GM nº 1.075, GM nº 1.076, GM nº 1.077, GM nº 1.088, GM nº 1.116, GM nº 1.125, GM nº 1.155, GM nº 1.156, GM nº 1.163, GM nº 1.168. Brasília, DF.

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841\\_20\\_09\\_2010\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html)  
Acessada em 06 de setembro de 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; e dá outras providências. Brasília, DF.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acessado em 06 de setembro de 2016.

BRASIL. **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007.** Aprova a Política Nacional sobre o Alcool. Brasília, DF. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm) acessado em 06 setembro de 2016.

BRASIL. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor. Brasília, DF.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)  
Acessado em 06 setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Alcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Brasília, DF.  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841\\_20\\_09\\_2010\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html)  
Acessada em 06 de setembro de 2016.

BRASIL. **DECRETO Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)  
Acessada em 06 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília, DF.  
[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria\\_3088\\_Rede\\_de\\_Atencao\\_Psicossocial.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf) &  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)  
Acessadas em 06 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Alcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF.  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)  
Acessado em 06 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF.

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)

Acessado em 06 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html)  
Acessado em 10 de março de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 41p.

BULMER, M. **Social Policy Research.** The Macmillan Press Ltd. Londres. 1978.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, p.399-407, fev. 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CHIAVERINI, D. H. (org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CHRISPINO, A. **Introdução ao estudo das Políticas Públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada.** Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016, 256 p.

COSTA, B. L. D.; BRONZO, C.. **Intersetorialidade no enfrentamento da pobreza: o papel da implementação e da gestão.** IN: FARIA, C. A. P. de. Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática. Cap. 2. Belo Horizonte: PUC Minas, 2012, p.50 – 81.

DEZOTI, A. P. **Influência da rede social de apoio às famílias na promoção do desenvolvimento da criança com paralisia cerebral.** 2013, 97fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica.** Editora Perspectiva: São Paulo, 1978, 608 p.



FRANÇA, S. P.; FARIAS, I.; COELHO, D. M.; BORGES, D. S.; MINOZZO, F. Conceitos em Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família. IN: Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas. **Atenção integral na rede de saúde: módulo 5**. Cap.2, 8. ed., 2015, 110 p. Disponível em: . Acesso em 04 de fevereiro de 2016.

GARCIA, L.; SANTANA, P.; PIMENTEL, P.; KINOSHITA, R. T.. A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde – SUS. IN: Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil. módulo 1**. Cap.7, 8. ed. – Brasília, 2015, 97 p. Disponível em: . Acesso em 20 nov. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010, 184 p.

GOFFMAN, E. **Estigma - Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4 ed. Tradução: Mathias Lambert. Data da Digitalização: 2004. Data Publicação Original: 1891. 124 p.

HOFLING, E. M. (2001). **Estado e políticas (públicas) sociais**. Cadernos CEDES, 21 (55).

INESCO. **Espaço para a saúde: Suplemento para o Curso de Capacitação de Conselheiros Municipais e Estaduais de Saúde e Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde do Paraná**. Vol 16, supl.15 (nov.2015). Londrina [PR]: INESCO, 96p. (REVISTA ESPAÇO PARA SAÚDE. Londrina. V.16. Suplemento 5. Nov. 2015)

JUNIOR, João Mendes de Lima; CALDAS, Nairan Moraes; LINO, Débora Cristiane Silva Flores. **Aprendizagem em saúde mental e saúde da família: o contexto das instituições de ensino superior**. IN: SOUZA, Rozemere Cardoso de; SANTOS, Josenaide Engracia dos (orgs). Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família. Ilhéus, BA: Editus, 2014, Capítulo 4, p. 83-128.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY A.; KANTORSKI, L. P. **Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 198-205, jun. 2009.

LOTTA, G. S. **O papel das burocracias de nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade**. IN: FARIA, C. A. P. de. Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática. Cap. 2. Belo Horizonte: PUC Minas, 2012, p.20 – 49.

MATHEWS, David. **Fortalecendo a atuação democrática de comunidades**. Curitiba: INESCO: Complexo Pequeno Príncipe: AEW-PR, 2014, 58p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio da pesquisa social**. In: M. C. S. Minayo (Org). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, 2008, RJ: Vozes.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec. 2004. 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Saúde Mental**: atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas. Projeto “Caminhos do Cuidado” – Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem na Atenção Básica. 2013, 46 p.

MINOZZO, F.; PAGANI, R.; PÔRTO, K. DA F.; MONTEIRO, T.; SARAIVA, S.; FORTES, S.; GONÇALVES, D. A.; QUEVEDO, M. P.; DELGADO, P. G. G. Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e Integralidade. IN: Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas. **Atenção integral na rede de saúde: módulo 5**. Cap. 1, 8. ed. – Brasília, 2015. 110 p. Disponível em: . Acessado em 28 de janeiro de 2016.

MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research**. London: Sage, 1997. <https://doi.org/10.4135/9781412984287>.

MÜHL, C. **A atuação do Psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial: um estudo fenomenológico na Regional de Saúde do Litoral do Paraná**. Curitiba: Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR . 2015. 132p.

NESMAL – Núcleo Estadual de Saúde Mental de Alagoas. **IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial** – “Novas formas de produção de sentido”. Paripueira - AL, 1999, p. 72.

NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. da. **POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL**: discutindo o paradigma da desinstitucionalização III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007. 8p.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: OMS. 2002.

REIS, E. P. **Política e políticas públicas na transição democrática**. In A. M. Moura (Org.). O Estado e as políticas públicas na transição democrática. São Paulo: Vértice; Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 1989, p. 90-104.

SANTOS, J. E. dos; SOUZA, R. C. de; VASCONCELLOS, E. A. **Concepções de saúde mental de equipes de saúde da família**. IN: SOUZA, R. C. de; SANTOS, J. E. dos (orgs). Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família. Ilhéus, BA: Editus, 2014, Capítulo 1, p. 27-52.

SANTOS, J. E. dos; VASCONCELLOS, E. A.. **Recursos existentes, limitações e os desafios para a promoção do cuidado em saúde mental e saúde da família**. IN: SOUZA, R. C. de; SANTOS, J. E. dos (orgs). Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família. Ilhéus, BA: Editus, 2014, Capítulo 3, p. 65-82.

SAQUET, M. A.; DEMATTEIS, G. **Abordagens e concepções de território**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2007. [Introdução, p.13-26; Cap. 8: Construindo uma proposta de abordagem territorial (i)material, p. 157-177]

SCANNAVINO, Eugênio. **Saúde da modernidade**. IN: A vida que a gente quer depende do que a gente faz: propostas de sustentabilidade para o planeta. Da série Leituras do Brasil. Instituto Ecofuturo. São Paulo, 2007, p. 82 – 87.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **Rede de Atenção em Saúde Mental**. Curitiba, 2015. Disponível em: . Acesso em: 15 jul. 2015.

SESA. Secretaria de Saúde do Paraná. Plano Diretor de Regionalização : Hierarquização e Regionalização da Assistência à Saúde, no estado do Paraná: Curitiba: Secretaria de Saúde do Paraná. 2009. 139p.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Diretor de Regionalização**. Paraná. 2015. 214p.

SILVA, G. B. da. **A Legislação em Saúde Mental No Brasil (1841-2001) – Trajeto da Consolidação de um Modelo de Atenção**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Curitiba: UFPR, 2014, 98p.

SOUSA, R. da C.; BATISTA, F. E. B. **POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII CONNEPI (Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação). Palmas – Tocantins, 2012, 8p.

SOUZA, A. C. de. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento de marés**. 1 Ed. São Paulo: Hucitec, 2015, 158p.

SOUZA, C. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. In.: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.) Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2007. p.65-86.

SOUZA, R. C. de; SANTOS, J. E. dos. **Construção social do processo ensino/aprendizagem em saúde mental**. IN: SOUZA, R. C. de; SANTOS, J. E. dos (orgs). Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família. Ilhéus, BA: Editus, 2014, Introdução, p. 17-26.

SOUZA, R. C. de; SANTOS, J. E. dos; CORDEIRO, L. R. O. **Estratégias metodológicas para a construção da aprendizagem em saúde mental**. IN: SOUZA, R. C. de; SANTOS, J. E. dos (orgs). Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família. Ilhéus, BA: Editus, 2014, Capítulo 6, p. 155-180.

SOUZA, R. C. de; SANTOS, J. E. dos; SOUZA, V. dos S.; CALDAS, Nairan Moraes. **Experiências de ensino/aprendizagem como produto da pesquisa em saúde mental e saúde da família**. IN: SOUZA, R. C. de; SANTOS, J. E. dos (orgs). Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família. Ilhéus, BA: Editus, 2014, Capítulo 7, p. 181-216.

SZASZ, T. S. **A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a**

**inquisição e o movimento de saúde mental.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

TEIXEIRA, E. **Reflexões sobre o Paradigma Holístico e Holismo e Saúde.** Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.2, p. 286-90, ago. 1996.

VENETIKIDES, C.; MACENO, D. M.; PEDOTTI, M. A. C. & MOYSÉS, S. J. (orgs). **Saúde Mental em Curitiba.** Rio de Janeiro: CEBES, 2003, 184 p.

YASUI, S. **Da negação do manicômio à afirmação da vida: o processo civilizador da reforma psiquiátrica** [Projeto de qualificação de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2004.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001.** Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: OMS. 2002.

<http://www.turismo.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=248>  
acessada em 01/03/2017.

<http://www.nossolitoral doparana.com/> acessado em 03/03/2017.

<http://www.cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pa/belem/panorama> acessado em 10/05/2017.

## 8. APÊNDICES

### 8.1 APÊNDICE 1: INSTRUMENTOS DE PESQUISA

#### 8.1.1 Entrevista com profissionais da saúde

Dados do entrevistado:

Nome: \_\_\_\_\_

idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Local de atuação: \_\_\_\_\_ tempo de atuação na  
área: \_\_\_\_\_

Questões norteadoras:

1- Como é para você trabalhar com saúde mental? Sempre trabalhou para esta temática? Quem é para você o usuário de saúde mental?

2 – De seu conhecimento e sua experiência como se deu o processo de implantação da Política Pública de Saúde Mental no município em suas diversas fases?

3 – Já participou de cursos de capacitação sobre políticas de saúde mental? Considera importante? Quais os critérios para elas acontecerem?

4 – Em sua opinião, os discursos dos governantes e da sociedade sobre saúde mental retratam a realidade do município? Em qual fase da Política de Saúde Mental o município encontra-se neste momento?

5 – Em suas atividades relacionadas à Saúde Mental como se aplica a lógica de Redes? O que faz esta rede ser eficaz em Paranaguá? E o que, no seu ponto de vista, ainda pode ser melhorado?

6 – Você conhece a dinâmica do processo de matriciamento na saúde mental? Quais são as principais vantagens deste processo e quais as limitações no seu ponto de vista? Considera que há processo de matriciamento na cidade de Paranaguá?

### 8.1.2 Grupo focal com os ACS – Agentes Comunitários de Saúde

#### Dados dos participantes:

Nome	Idade	Naturalidade	Escolaridade	Tempo de atuação como ACS	Região de atuação

#### Questões norteadoras:

1 - Quais são as principais atividades que desenvolve no seu trabalho? Como é sua rotina de trabalho?

2 – Você gosta de trabalhar como agente comunitário de saúde? Por que?

3 – Como a Política Pública de Saúde Mental está relacionada ao seu trabalho? Como se dá seu trabalho nesta área? Como é feita a identificação de um usuário tem demandas relacionadas à saúde mental?

4 – Quais são as queixas de saúde mental que podem ser identificadas por vocês como agentes comunitários de saúde? Existe algum quadro clínico ou situação problema que prevalece sobre as demais no quadro de demandas?

5 – Existe uma política para os encaminhamentos dados ao usuário identificado com demandas em saúde mental? Considera os encaminhamentos eficazes? Por que?

6 – Em sua opinião, é importante que o agente comunitário de saúde tenha conhecimento do tratamento que o usuário de saúde mental realiza em algum outro equipamento da rede de saúde mental? Por que?

7 – Como equipe de referencia no território como se dá suas relações com a equipe de apoio matricial em Saúde Mental?



## 8.2 APÊNDICE 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Arianne Staszko Tortato Contin mestrandando do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral e Marisete Teresinha Hoffmann Horochovski professora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável da UFPR Litoral, formada em Ciências Sociais, com mestrado e doutorado em Sociologia e orientadora da pesquisa, convidamos o Senhor(a) profissional atuante junto a Política de Saúde Mental e/ou Agente Comunitário de Saúde a participar de um estudo denominado Política Pública de Saúde Mental no litoral paranaense: conquistas e desafios na superação de paradigmas para um processo de matriciamento no município de Paranaguá.

As pesquisas acadêmicas são importantes para melhorias em todas as áreas e, assim, a sua participação é muito bem-vinda. As ações na área de Saúde Mental seguem a Política Nacional de Saúde Mental implantada em 2001 e que está sendo constantemente aperfeiçoada. Em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que supõe atuação articulada das Estratégias Saúde da Família e equipe técnicas de Saúde Mental e isto torna ainda mais especial a sua participação nesta pesquisa.

a) O objetivo desta pesquisa é compreender as relações entre as instituições e os profissionais envolvidos diretamente na Política de Saúde Mental na Atenção Primária.

b) Caso o senhor(a) participe da pesquisa, será necessário que responda perguntas, em momentos individuais e em momentos de grupo, sobre sua atuação junto à Saúde Mental no município de Paranaguá. As conversas serão gravadas em áudio.

c) Para tanto o senhor(a) deverá comparecer em espaço privativo da Unidade de Saúde ou equipamento de Saúde Mental no qual está vinculado para preenchimento de questionário, entrevista e ou atividade de grupo, o que levará aproximadamente 50 minutos. Nesta atividade os participantes serão convidados a falar a respeito de sua atuação enquanto profissionais de saúde mental e/ou agentes comunitários de saúde na atenção aos usuários de saúde mental.

d) É possível que o senhor(a) experimente algum desconforto pelo tempo dispendido para falar de sua atividade, enquanto profissional de saúde mental e/ou agente comunitário de saúde, porque deixará seu serviço por aproximadamente 50 minutos. Se sentir qualquer desconforto a sua participação poderá ser interrompida imediatamente e, juntos, veremos a necessidade de encaminhá-lo para atendimento especializado.

e) Os riscos relacionados ao estudo são mínimos, uma vez que lhe será dada garantia de sigilo das informações e que estas não apresentam caráter avaliativo da qualidade do serviço ou de sua atuação profissional.

a) Os benefícios esperados com essa pesquisa são de contribuir com a Política Nacional de Saúde Mental e a oportunidade de refletir sobre sua própria atuação por ocasião das colocações feitas pelas questões a serem respondidas e pelos momentos de atividades de grupo. Nem sempre o senhor(a) será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) As pesquisadoras Arianne Staszko Tortato Contin ([ariannepsi@yahoo.com.br](mailto:ariannepsi@yahoo.com.br)) e Marisete T. Hoffmann Horochovski ([marisetejh@gmail.com](mailto:marisetejh@gmail.com)) responsáveis por este estudo poderão ser contatados no horário das 14:00 às 18:00, de segunda à sexta-feira, pelo telefone 41 3511-8319, e-mail ou no endereço do Setor Litoral da UFPR, no sítio à Rua Jaguariaíva, nº 512, Bairro Caiobá, Município de Matinhos, para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.

Parecer CEP/SD-PB nº 1689364  
na data de 22/08/2016

Rubricas:

Participante da Pesquisa e/ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br) - telefone (041) 3360-7259



i) As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelos pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

j) O material obtido – questionários e gravações das entrevistas em áudios em mp3 – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será desgravado ou destruído quando a pesquisa for encerrada.

m) Não haverá despesa para a participação na pesquisa porque o senhor(a) estará em seu local de trabalho e não necessitará de transporte e o senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação

n) Se tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data, \_\_\_\_\_, Local \_\_\_\_\_

Participante de Pesquisa

Mestranda Arianne Staszko Tortato Contin  
Psicóloga – CRP08/11459

Profª Dra. Marisete T. Hoffmann Horochovski

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 1689364  
na data de 22/08/2016

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259



## 9. ANEXOS

### 9.1 ANEXO 1: SAÚDE NA MODERNIDADE - EUGÊNIO SCANNAVINO

*“Aqui fora do perigo, agora, dentro de instantes, depois de tudo o que eu digo, muito embora, muito antes... O melhor lugar é o aqui e agora.” (Aqui e Agora – Gilberto Gil)*

**Saúde se define como bem-estar físico, mental e social. Eu acrescentaria bem-estar ambiental. Eu diria que é estar em harmonia com o ambiente interno e externo de cada um. (grifo meu)**

Quando paramos para pensar o que significa isso, logo vemos que é muito diferente daquilo que consideramos saúde no dia-a-dia, que é a ausência de doenças físicas. Saúde é um conceito mais amplo e mais profundo!

Podemos individualmente estar nos sentindo bem, sem dores, mas...

Estamos afetivamente felizes?

Nossa mente está calma e pacífica?

E no nosso entorno, o ambiente e nossos semelhantes, com os quais interagimos e participamos, interferindo – querendo ou não?

Estamos saudáveis enquanto sociedade?

Mesmo em relação às doenças físicas somos totalmente interdependentes das atitudes de cada um. Se uma pessoa não usa o sanitário e defeca no mato ou na água, ela está contaminando todos os seus vizinhos ou habitantes daquele ambiente. Se um portador de HIV não usa camisinha, acaba por contaminar outras pessoas.

Assim, a saúde é necessariamente um conceito coletivo e pode ser vista como o resultado final do trabalho de toda uma sociedade!

A saúde é definida na Constituição como um “Direito de Todos e um Dever do Estado” e eu então ainda acrescentaria: co-responsabilidade de cada cidadão.

A nossa sociedade está pensando de maneira saudável?

Nós individualmente estamos pensando de maneira coletiva, ou na nossa capacidade de participar e influenciar?

Sem uma coisa, a outra não muda, e vice-versa.

Na grande maioria dos países, nas escolas de medicina, nos hospitais, não temos sistemas de Saúde, mas sim de Doenças: enfatiza-se mais o combate às enfermidades de cada indivíduo, um órgão ou sistema específico, sem olhar para o paciente como um todo.

Quantas dessas enfermidades se originaram nas duras condições de vida, moradia, alimentação e também de sofrimento afetivo e emocional pelo individualismo e competição insana de nosso modelo de vida?

Que tipo de sociedade estamos construindo para nós mesmo?

Trabalho na Amazônia, com os povos da floresta, caboclos e indígenas, que vivem em completa harmonia com seu ambiente e em comunidades em que há um grande senso de solidariedade e construção conjunta.

Nessas comunidades, cada indivíduo se sente como parte do todo.

Isso não só traz uma sensação de compartilhamento nos desafios da vida, pertencimento e reconhecimento de cada um com seus semelhantes, mas também traz um grande senso de responsabilidade individual em relação ao coletivo.

Apesar de todas as pequenas brigas, disputas e problemas cotidianos inerentes a todos os seres vivos agrupados, eles têm uma visão ampla e uma incrível paz interior (que eu acho que vem dessa sensação de segurança de estar acolhido).

No nosso mundo atual cerca de 6 bilhões de pessoas convivendo em espaços limitados, e é modelado no individualismo e na competição desigual. Pensemos na quantidade de lixo, doenças e destruição ambiental que estamos produzindo.

Isto é ser homem civilizado?

Isso é modernidade e tecnologia?

Consumir, consumir e consumir o máximo que for capaz (mais que seus vizinhos, para ter status).

Seja qual for a origem dos produtos, seja quais forem as condições em que foram produzidos. Qual o preço social e ambiental de cada produto que consumimos no dia-a-dia? Alguém se preocupa com isso?

Será que consumir por consumir, acumular poder e dinheiro pelo dinheiro, fará com que as pessoas estejam realmente vivendo melhor?

Será que as pessoas serão saudáveis?

Será que serão felizes?

Os avanços tecnológicos são uma grande dádiva da criatividade e da capacidade de evolução humana, mas também estamos cada vez mais afastados da natureza, do planeta que nos abriga, e também dos nossos semelhantes.

Frequentemente fico imaginando como seremos no futuro.

Não aquele futuro longe, daqui a muitas décadas nem centenas de anos, mas apenas daqui a alguns anos.

O trabalho que faço me leva a muitos lugares do Brasil e do mundo.

Lugares muito diferentes, com pessoas muito diferentes, mas todas com os mesmos direitos e com necessidades também parecidas.

Todos precisam garantir sua comida, sua água, seu lugar na escola, precisam ter amigos, desejam amar e ser amadas, desejam um trabalho que permita realizar seus sonhos e todas as coisas que a modernidade promete.

As pessoas que vivem na floresta também esperam alcançar as promessas da modernidade, para viver melhor.

Tanta comunicação, tanta gente estudando e criando coisas novas. Gosto desse progresso. Acredito nele. Pode trazer muitos benefícios para a humanidade. Me faz ao mesmo tempo experimentar momentos de otimismo e satisfação e momentos de desilusão e preocupação com as coisas que vejo. Acho que todos nós somos assim.

Só não podemos ficar parados, criticando tudo e não fazendo nada! Isso, em vez de ajudar, gera mais doença na própria pessoa e no mundo. A infelicidade, a raiva e a frustração se propagam bem mais rápido que as coisas boas. Esse é um veneno que temos de evitar sempre. E o remédio é AGIR!

Cada um de nós é imprescindível para mudar o mundo.

Não importa como ou onde, mas é preciso acreditar que podemos ajudar a melhorar as coisas, e se engajar naquilo com que mais nos identificamos. E a começar a fazer.

Aproveitar nossas forças criativas, transformando a revolta em energia construtiva de coisas positivas, que possa gerar benefícios não só para você, mas para todos. Esse é o sentido de trabalhar com Saúde, e não com Doença. Quando fazemos isso, a Saúde se propaga.

Meu lado otimista vê que hoje há muitas pessoas preocupadas com isso, e o mundo quer respostas, e valoriza quem está tentando desenvolvê-las. Só penso que ainda há muito por fazer e podemos ir fazendo, e é fácil já conseguir resultados práticos.

Todo mundo pode ajudar a construir um mundo mais saudável: ter atitudes saudáveis aplica-se a todos os lugares e situações. Podemos...

lavar as mãos ao sair do banheiro para não contaminar nossos amigos quando os cumprimentarmos, escovar os dentes para não sofrermos de dor de dente de nós mesmos, cuidar das crianças à nossa volta para que não adquiram doenças e possam crescer saudáveis, nos alimentarmos bem e só bebermos água limpa.

Isto tudo parece simples e óbvio, mas, por incrível que pareça, na grande maioria dos países pobres ou em desenvolvimento as pessoas morrem de doenças causadas pela falta destes cuidados simples.

Assim, podemos começar por nós mesmos, no dia-a-dia. Se já praticamos essas atitudes individuais, ainda existem muitos e muitos que não sabem – então, podemos orientá-los, e isso já é multiplicação de benefício.

Se o problema é no hospital ou no Posto de Saúde do seu bairro, no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a participação e o controle social de qualquer cidadão que se interessar, você pode tentar...

Em qualquer lugar sempre tem uma associação, um grupo de criatividade ou alguma entidade de apoio presente, desenvolvendo projetos em vários temas. Isso pode ser perto de onde você mora ou estuda, ou também em qualquer outro lugar.

Ecologia, cultura, programas sociais, e as mais variadas causas: existem muitas pessoas trabalhando hoje. Você pode se aproximar, analisar suas idéias e ver se tem interesse em participar.

Até mesmo no dia-a-dia do nosso relacionamento com pessoas próximas podemos ter atitudes mais calmas, mais amigáveis e amorosas. Isso também se transmite.

Na urgência da situação atual, se conseguiremos ou não salvar o mundo não interessa: não temos mais nenhum minuto a perder, pois ainda resta em cada um de nós a força transformadora de gerar benefícios onde e como pudermos e, para mim, é isso que ainda dá sentido à nossa existência e nos faz mais fortes e saudáveis.

***Hoje falamos em sustentabilidade.***

***O mundo só será sustentado se cada um de nós segurar um pedacinho.***

***Mesmo que os outros não estejam ajudando a carregar.***

***Não importa!***

## 9.2 ANEXO 2: MÚSICA SOBRE SAÚDE MENTAL NA APS

Abram alas estou chegando

Estou pronta para amostrar

Como na ESF a saúde mental trabalhar

É assunto delicado

Para ser abordado com cuidado

Pois muitos profissionais dizem não entender do riscado.

Para vários deles está definido... Isto não cabe a mim!

Drogas, surto, depressão... Loucura que não tem fim!

Porque afinal de contas, vamos falar a verdade...

Tais demandas não seriam da especialidade?

Eu lhes respondo que sim, mas o não também convém...

Se a doença é da cabeça, o corpo não adoece também?

A saúde da família trata a integralidade, portanto, é necessário pensar a subjetividade.

Cada membro da equipe discutindo e repensando....

Reavalia a conduta e o atendimento vai melhorando.

Quanto mais afinada a conduta ficar.

Com a raps conseguiremos sempre articular.

Aproximando serviços

Tecendo a rede real

Consequiremos atender as demandas de forma integral

Nada de corpo pra lá e cabeça na ilha

A atenção ao usuário de saúde mental também se faz na saúde da família.

Fonte: transcrição do vídeo “apoio matricial em saúde mental na estratégia de saúde da família” produzido pelo NASF de Dourados - MT para a IV mostra nacional de experiencias em atenção básica / saúde da família (Brasília – DF – 12 a 15 de março de 2014) – postado por [karine yamanari](https://www.youtube.com/watch?v=xxz273ibmiy) no youtube em 10/03/2014 e disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=xxz273ibmiy>

### 9.3 ANEXO 3: MATRIZ COMPETÊNCIAS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

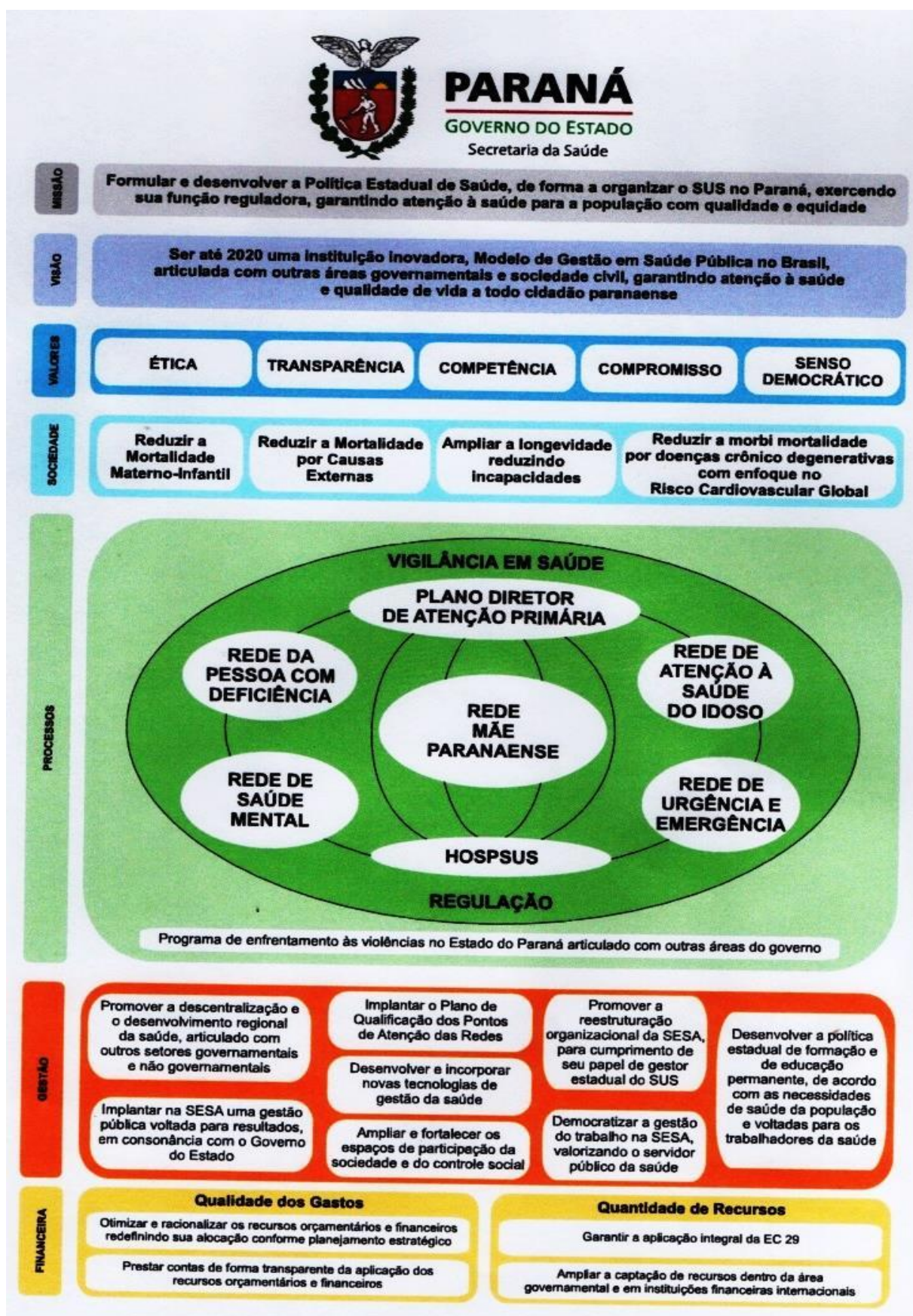
MATRIZ DE COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA CADA MACRORREGIÃO DO ESTADO			
NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidado</li> <li>• Busca ativa</li> <li>• Atenção domiciliar</li> <li>• Identificação de fatores de risco e de proteção</li> </ul>	Domicílio
	Grupos de ajuda mútua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Socialização/reinserção</li> <li>• Ajuda entre pares</li> <li>• Informação</li> <li>• Compartilhamento de vivências</li> </ul>	Comunidade
	Consultório na rua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Redução de danos</li> <li>• Busca ativa</li> <li>• Cadastramento</li> <li>• Identificação de riscos</li> <li>• Orientação e encaminhamentos</li> <li>• Vínculo</li> </ul>	Rua
	UBS/ESF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Estratificação de risco</li> <li>• Ordenamento do cuidado</li> <li>• Articulação da Rede Intra e Intersetorial</li> <li>• Cadastramento</li> <li>• Vínculo</li> <li>• Responsabilidade pelos usuários de seu território</li> <li>• Garantia do cuidado e da resolubilidade da atenção para o usuário de baixo e médio risco</li> <li>• Compartilhamento com o CAPS do cuidado ao usuário de alto risco</li> <li>• Educação em saúde</li> <li>• Atividades coletivas</li> </ul>	Território de abrangência
	Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práticas corporais/atividades físicas</li> <li>• Práticas artísticas</li> <li>• Promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar</li> <li>• Planejamento das ações em conjunto com a equipe de APS</li> </ul>	Território de abrangência
	NASF/Equipe matricial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriciamento</li> <li>• Atendimento multiprofissional</li> <li>• Compartilhamento do cuidado ao usuário de médio risco</li> <li>• Compartilhamento do cuidado ao usuário de alto risco – para municípios que não possuem CAPS</li> <li>• Educação permanente da APS</li> </ul>	Território de abrangência
	CRAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de fatores de risco e de proteção</li> <li>• Encaminhamentos</li> <li>• Promoção da saúde mental e prevenção de agravos</li> <li>• Reinserção social</li> <li>• Viabilização do acesso às condições de cidadania</li> <li>• Atenção às famílias</li> </ul>	Território de abrangência
	Escolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de agravos e promoção da saúde mental</li> <li>• Identificação de fatores de risco e de proteção</li> <li>• Encaminhamentos</li> <li>• Inclusão</li> <li>• Orientação familiar</li> <li>• Programa Saúde na Escola (PSE)</li> </ul>	Território de abrangência
	Associações, ONGs, Centros de Convivência, Igrejas e similares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Socialização</li> <li>• Reinserção social</li> <li>• Promoção da saúde</li> </ul>	Comunidade



MATRIZ DE COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA CADA MACRORREGIÃO DO ESTADO			
NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
SECUNDÁRIA	CAPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acolhimento</li> <li>Reabilitação psicossocial (reinserção social, assembleias, oficinas, atenção aos familiares, projeto de geração de renda, atividades em grupo ou coletivas, etc)</li> <li>Projeto Terapêutico Singular</li> <li>Matriciamento</li> <li>Compartilhamento com a APS do cuidado ao usuário de alto risco</li> <li>Atenção às situações de crises</li> <li>Hospitalidade noturna (CAPS III e ad III)</li> <li>Atendimento multiprofissional</li> <li>Articulação de redes intra e intersetoriais</li> <li>Redução de danos</li> <li>Acompanhamento de SRT – Serviço Residencial Terapêutico (caso tenha SRT vinculado)</li> <li>Definição de acolhimento na UA e no Serviço de Atenção em Regime Residencial (caso tenha estes serviços vinculados)</li> </ul>	Território de abrangência
	CREAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofertar e referenciar serviços especializados de caráter continuado para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por ameaça e/ou violação de direitos</li> </ul>	Território de abrangência
	Unidade de Acolhimento ou Serviço de Atenção em Regime Residencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acolhimento definido pelo CAPS</li> <li>Acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório</li> <li>Moradia transitória com saída programada</li> <li>Vinculação ao CAPS</li> <li>Projeto Terapêutico Singular em conjunto com o CAPS</li> <li>Atenção aos familiares</li> <li>Articulação com a Rede Intersetorial visando a reinserção social, familiar e laboral</li> </ul>	Território de abrangência
	Centro Regional de Atenção Especializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutoria/Telessaúde</li> <li>Matriciamento (supervisão, capacitação, etc)</li> <li>Atenção ao usuário de médio risco referenciado pela APS</li> <li>Atenção ao usuário de alto risco referenciado pela APS – para municípios que não possuem CAPS</li> <li>Atendimento multiprofissional</li> <li>Ações de prevenção e promoção da saúde mental em conjunto com os municípios</li> <li>Compartilhamento com a APS do cuidado ao usuário de médio e alto risco</li> </ul>	Regional de Saúde
	Hospital Geral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimento aos usuários de médio e alto risco, após esgotados os outros recursos terapêuticos</li> <li>Atendimento à crise</li> <li>Internamento de curta permanência</li> <li>Atendimento às comorbidades clínicas</li> <li>Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico</li> <li>Referenciar para a continuidade do cuidado</li> <li>Orientação aos familiares</li> </ul>	Território de abrangência
	Hospital especializado em psiquiatria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimento aos usuários de alto risco, após esgotados os outros recursos terapêuticos</li> <li>Atendimento à crise</li> <li>Orientação aos familiares</li> <li>Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico</li> <li>Referenciar para continuidade do cuidado</li> <li>Internamento de curta permanência</li> </ul>	Território de abrangência
	Pronto Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimento à crise</li> <li>Classificação de risco (clínico/psiquiátrico)</li> <li>Orientação aos familiares</li> <li>Referenciar para continuidade do cuidado</li> </ul>	Território de abrangência
	SRT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimento de egressos de HP e HCTP de longa permanência e sem vínculo familiar</li> <li>Moradia</li> <li>Reinserção social e reabilitação psicossocial</li> <li>Vinculado ao CAPS</li> </ul>	Comunidade



## 9.4 ANEXO 4: PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SESA





## 9.5 ANEXO 5: RAPS (Folder)

**O que é a Rede de Atenção Psicossocial**

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

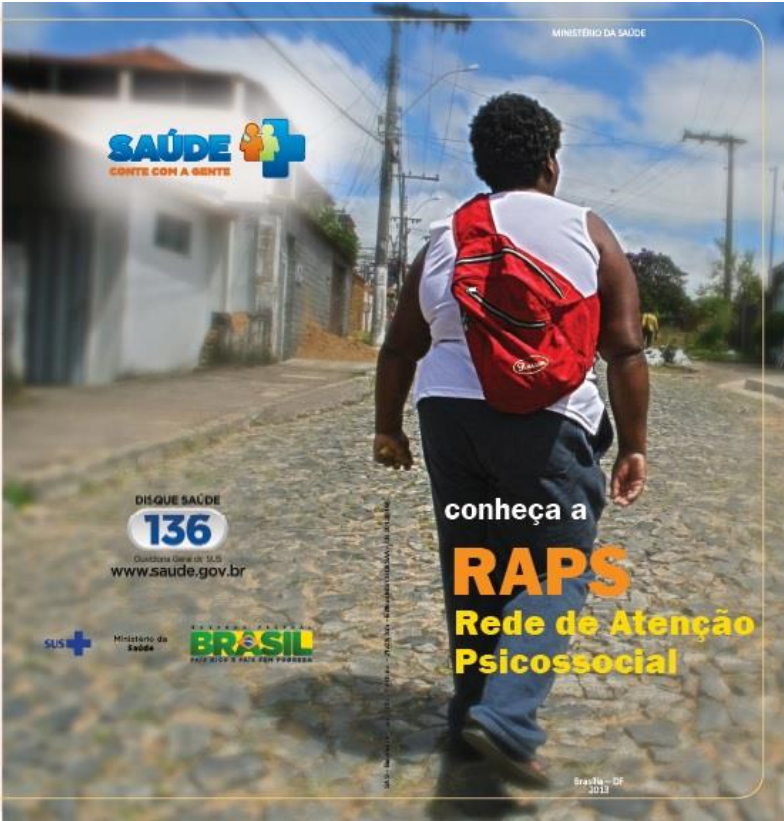
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

As informações completas para adesão à Rede estão na Portaria do GM Nº 3.088.

RAPS: é no município que ela acontece!



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**SAÚDE**  
CONTE COM A GENTE

DISQUE SAÚDE  
**136**  
Quilômetros cobertos: 0,00  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

SUS+ Ministério da Saúde BRASIL  
PAZ, VIDA E PAZ SEM FURRO

conheça a  
**RAPS**  
Rede de Atenção Psicossocial

Brasília - DF  
2013

**A RAPS está presente**

**Na Atenção Básica**

- Unidade Básica de Saúde;
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- Consultório de Rua;
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência e Cultura.

**Atenção Psicossocial Estratégica**

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

**Atenção de Urgência e Emergência**

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

**Atenção Residencial de Caráter Transitório**

- Unidade de Acolhimento;
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

**Atenção Hospitalar**

- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

**Estratégia de Desintitucionalização**

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Programa de Volta para Casa (PVC).

**Estratégias de Reabilitação Psicossocial**

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.



**Para formalizar**

Para que cada ponto de atenção/serviço seja habilitado e receba financiamento junto ao Ministério da Saúde basta seguir os passos instituídos nas portarias correspondentes a cada um deles.

Quem faz o financiamento?  
Ministério da Saúde / Fundo Nacional de Saúde

Quem pode receber?  
Estados, Municípios e Distrito Federal

Acesse todas as portarias referentes à RAPS em:  
<[www.saude.gov.br/saudemental](http://www.saude.gov.br/saudemental)>

Para mais informações  
<[www.saude.gov.br/saudemental](http://www.saude.gov.br/saudemental)>  
Telefone: (61) 3315 9144  
E-mail: [saudemental@saude.gov.br](mailto:saudemental@saude.gov.br)  
[f/saudemental](https://www.facebook.com/saudemental)



Foto: Fábio Rodrigues / Contraste/ABR



9.6 ANEXO 6: RAPS (FIGURA)

